QUESTIONS - REPONSES

EPREUVES NATIONALES CLASSANTES

GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

R.KHAYAT
M.BONNIERE

3

Editions Vernazobres - Grego

INTERNAT 2004

L'INTERNAT EN QUESTIONS REPONSES

GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

R.KHAYAT

M.BONNIERE



Editions Vernazobres-Grego
74, bd de l'Hôpital
75013 Paris
Tel : 01.44.24.13.61

ISBN : 2-84136-472-0

POST-FACE
INTERNAT QUESTIONS-REPONSES GYNECOLOGIE

La mise en place de l'ENC a eu pour but de faire comprendre et apprendre à l'étudiant en Médecine les éléments fondamentaux des cours, en délaissant les notions trop spécialisées.

La collection Internat en Questions/Réponses s'est donc adaptée à cette nouvelle modalité d'examen en rédigeant des questions type ENC avec une priorité dans l'intitulé des questions :

+ : Questions à connaître ou « tombables » ;
++ : Questions « tombant » souvent dans les dossiers ;
+++ : Classiques des dossiers.

D'autre part, à l'intérieur de chaque question, les « mots clés » sont souvent classés par ordre d'importance, avec les zéros à ne pas oublier.

Par ailleurs, l'ENC ne pouvant se dissocier de l'ancien Internat, la majorité des questions d'annales y sont répertoriées et schématisées par un D dans l'intitulé des questions (ex. : D_2 : « tombée » deux fois en Internat).

En conclusion, la nouvelle collection Internat en Questions/Réponses, forte de son succès pour l'Internat, s'est actualisée pour mieux se prêter à l'ENC et ainsi satisfaire l'étudiant dans son apprentissage et sa réussite au Concours.

A VENIR DANS LA NOUVELLE COLLECTION :

- Internat en Questions/Réponses en Médecine Légale – Toxicologie.
- Internat en Questions/Réponses en Cardiologie.

TABLE DES MATIERES

MODULE 2 : « DE LA CONCEPTION A LA NAISSANCE »

N° de question	Programme d'enseignement	Dossiers
15	Examen prénuptial	1
16	Grossesse normale	3
17	Principales complications de la grossesse :	
	⇨ Hémorragies du 1er et du 3ème trimestre	11,17
	⇨ Placenta prævia	23
	⇨ Interruption spontanée de grossesse	29
	⇨ Hypertension artérielle et grossesse	33
	⇨ Diabète et grossesse	43
	⇨ Menace d'accouchement prématuré	49
18	Grossesse extra-utérine	63
20	Prévention des risques fœtaux	69
22	Accouchement, délivrance et suites de couches normales	87
Hors Prog	Hémorragie de la délivrance	99
25	Suites de couches pathologiques (POST-PARTUM)	105
27	Contraception	115
28	Interruption volontaire de grossesse	127
29	Stérilité du couple	133
30	Procréation médicale assistée	137

MODULE 5 : « VIEILLISSEMENT»

N° de question	Programme d'enseignement	*Dossiers*
55	Ménopause	143

MODULE 7 : « SANTE ET ENVIRONNEMENT – MALADIES TRANSMISSIBLES»

N° de question	Programme d'enseignement	*Dossiers*
88	Infections génitales de la femme (*salpingite*) Leucorrhées	151 157

MODULE 10 : « CANCEROLOGIE - ONCOHEMATOLOGIE»

N° de question	Programme d'enseignement	*Dossiers*
147	Cancer du col de l'utérus Cancer de l'endomètre Fibromes utérins	163 175 183
153	Tumeurs de l'ovaire	189
159	Tumeurs du sein : - Cancer du sein - Lésions bénignes du sein	 197 207

MODULE 11 : « SYNTHESE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE»

N° de question	Programme d'enseignement	*Dossiers*
183	Accueil de victime sexuelle	213

MALADIES ET GRANDS SYNDROMES

N° de question	Programme d'enseignement	*Dossiers*
243	Hémorragie génitale chez la femme	217
292	Algies pelviennes chez la femme	221
HP 292	Endométriose	227
296	Aménorrhée primaire Aménorrhée secondaire	231 235
HP 321	Prolapsus génitaux	241

SOMMAIRE

ELEMENTS GENERAUX EN GYNECOLOGIE

15-EXAMEN PRENUPTIAL 1

16-GROSSESSE NORMALE 3

17-HEMORRAGIES DU 1ER TRIMESTRE 11

17-HEMORRAGIES DU 3ÈME TRIMESTRE 17

17-PLACENTA PRÆVIA 23

17-INTERRUPTION SPONTANEE DE GROSSESSE 29

17-HYPERTENSION ARTERIELLE ET GROSSESSE 33

17-GROSSESSE ET DIABETE 43

17-MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE 49

18-GROSSESSE EXTRA-UTERINE 63

20-INFECTIONS FŒTO-MATERNELLES 69

22- ACCOUCHEMENT DELIVRANCE ET SUITES DE COUCHES NORMALES 87

(HP/22)-HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE 99

25-SUITES DE COUCHES PATHOLOGIQUES (POST PARTUM) 105

27-CONTRACEPTION 115

28-INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE 127

29-STERILITES DU COUPLE 133

30-PROCREATION MEDICALEMENT ASSISTEE 137

55-MENOPAUSE 143

88-INFECTIONS GENITALES DE LA FEMME (SALPINGITE) 151

88-LEUCORRHEES 157

147-CANCER DU COL DE L'UTERUS 163

147-CANCER DE L'ENDOMETRE 175

147-FIBROMES UTERINS 183

153-TUMEURS DE L'OVAIRE 189

159-CANCERS DU SEIN 197

159-PATHOLOGIES BENIGNES DU SEIN 207

183-ACCUEIL DE VICTIME SEXUELLE **213**
243-HEMORRAGIE GENITALE DE LA FEMME **217**
292-ALGIES PELVIENNES DE LA FEMME **221**
(HP292)-ENDOMETRIOSE **227**
296-AMENORRHEES PRIMAIRES **231**
296-AMENORRHEE SECONDAIRE **235**
(HP321)-PROLAPSUS GENITAUX **241**

ELEMENTS GENERAUX EN GYNECOLOGIE

Devant toute femme à l'internat pensez :

- **A**llaitement
- **B**HCG quantitatif et qualitatif
- **C**ontraception
- **D** : gamma anti D et date des dernières règles
- **E**mbryopathie (infection, médicaments.)
- **F**CV, et examens des seins

L'examen clinique en obstétrique c'est toujours :

- Signe fonctionnels : douleur, métrorragie, leucorrhée, signes fonctionnels urinaires, CU, mouvements actifs fœtaux, fièvre, signes sympathiques de grossesse
- Examen physique **(TPHA x 2)** : **T**A, **P**oids, **H**LM (=BU), **A**namnèse (=SF), TV, position fœtale, hauteur utérine, Auscultation cardiaque fœtale

En gynécologie, l'examen physique est souvent :

- Constante (pouls TA, température)
- Palpation abdominale (douleur, masse, défense.)
- Spéculum
- TV, TR
- Examen des seins
- Aire ganglionnaire

Au TV on recherchera toujours : col : Position, Longueur, Ouverture, Consistance (PLOC), hauteur de la tête

- Utérus : Taille, COntours, Mobilité, DI (mémo : t'accommode)
- Cul-de-sac latéraux : empattement, masse, douleur
- Cul-de-sac de douglas

Au spéculum, on cherchera toujours : l'origine du saignement

- L'état de l'exocol (trophicité, ouvert...)
- L'existence de leucorrhée, de caillots.
- +/- FCV

15-EXAMEN PRENUPTIAL

1/ Quel est le déroulement d'un examen prénuptial

2/ Quel est le but de la 1ère consultation ?

3/ Quels sont les examens complémentaires à réaliser+

4/ Quel est le but de la 2ème consultation ? +

1/ Quel est le déroulement d'un examen prénuptial ?

- Réalisé deux mois avant le mariage
- Deux consultations, avec prescription d'examens complémentaires

2/ Quel est le but de la 1ère consultation ?

- Recueil des antécédents familiaux et personnels
- Examen clinique complet
- Prescription des examens complémentaires

3/ Quels sont les examens complémentaires à réaliser. +

- Séro rubéole et toxo (vaccination si rubéole -, RHD si toxo -)
- Groupe, Rh RAI

***N. B.** : Non obligatoire : TPHA VDRL, VIH (proposé)*

4/ Quel est le but de la 2ème consultation ? +

- Dire les résultats des examens complémentaires
- Remise d'une brochure d'éducation sanitaire
- Recommandation sur l'hygiène de vie (bonne alimentation, sport, arrêt tabac...)
- Information sexuelle (MST...)
- Explication des méthodes de contraceptions
- Remise du certificat prénuptial

16-GROSSESSE NORMALE

1/ Durant la grossesse, combien y a-t-il de consultations obligatoires ?

2/ Que recherchez-vous lors d'une consultation obstétricale ?

3/ Quels sont les points forts de la 1ère consultation d'une femme enceinte ?

4/ Citez les principaux signes sympathiques de grossesse Dans quelle pathologie fréquente peuvent-ils être exacerbés ?

5/ Quels sont les signes cliniques de grossesse observables dès la première consultation ?

6/ Qu'est-ce que le signe de Noble ?

7/ Dans un contexte clinique simple, quel est le seul examen complémentaire à demander ?

8/ Dans un contexte clinique moins évident, quel examen est réalisé avant le précédent ?

9/ A partir de quelle date est produite l'hormone chorionique gonadotrope

10/ Donnez deux causes d'élévation trop importante des β HCG dans le dépistage d'une grossesse

11/ Quels sont les moyens pour déterminer le terme

12/ Quand l'échographie permet-elle de mieux « dater » la grossesse ?

13/ Comment est l'échographie d'une grossesse normale (mono embryonnaire, intra-utérine)

14/ Quels examens doivent être prescrits au terme de la première consultation ?

15/ Quand le dépistage de l'hépatite B doit-il être fait ?

16/ Quand pratique-t-on le dépistage d'un diabète ?

17/ Dites combien d'échographies sont obligatoires, quand elles doivent être réalisées et l'intérêt de chacune.

18/ Rappeler les hauteurs utérines aux différents mois de la grossesse

19/ Qu'évoquez-vous devant un volume utérin trop petit ?

20/ Qu'évoquez-vous devant un volume utérin trop important ?

21/ Quelles sont vos indications de la radiopelvimétrie ?

22/ Quelles sont les règles hygiéno-diététiques durant la grossesse

23/ Quels sont les besoins nutritionnels durant la grossesse

24/ Quelle mesure systématique non médicale accompagne tout diagnostic de grossesse ?

1/ Durant la grossesse, combien y a-t-il de consultations obligatoires ? +

- 7 consultations obligatoires :
  - 1er trimestre
  - une par mois ensuite à partir du 4ème mois

N. B. : une consultation post-natale est aussi obligatoire

2/ Que recherchez-vous lors d'une consultation obstétricale ? +

- Interrogatoire
  - incidents : fière/hémorragie/douleurs/contractions
  - mouvements actifs fœtaux
- Examen clinique :
  - TA/pouls/poids/température
  - hauteur utérin/périmètre abdominal
  - bandelette urinaire
  - palpation abdominale : présentation
  - examen gynécologique
  - bruits du cœur fœtal
- Enregistrement monito discuté

(TPHAx2)

3/ Quels sont les points forts de la 1ère consultation d'une femme enceinte ? ++

- Interrogatoire soigneux cherchant :
  - existence d'une aménorrhée qui avec la date des dernières règles permettra par la règle de Naegle de connaître le terme de la grossesse (à condition que les cycles soient réguliers)
  - existence de signes sympathiques
  - recherche de tout élément pathologique (fièvre, douleur, hémorragie)

- Evaluation des risques de la grossesse :
  - antécédents de la femme
    - gynécologiques (IVG, FCS)
    - médicaux (HTA, diabète, néphropathie, cardiopathie...)
    - obstétricaux : déroulements des grossesses passées (RCIU, MFIU, préeclampsie, diabète gestationnel...)
    - orthopédiques (traumatismes du bassin)
    - groupe sanguin de la femme
    - terrain : alcool, tabac, profession, parité, poids, taille
  - âge de la patiente (indication au caryotype)
  - traitement en cours (0)
- Education des règles hygiéno-diététiques
- Modification d'éventuel traitement
- Prescription des examens complémentaires
- Déclarer la grossesse
- Programmer le suivi

4/ Citez les principaux signes sympathiques de grossesse, dans quelle pathologie fréquente peuvent-ils être exacerbés ? ++

- Ces signes sont subjectifs et inconstants
  - digestifs : nausées/vomissements/hypersialorhée
  - nerveux : somnolence/insomnie/asthénie/irritabilité
  - tension : mammaire
  - polyurie/pollakiurie

Dans la môle hydatiforme (1g sur 1. 000), ces signes peuvent être exagérés

5/ Quels sont les signes cliniques de grossesse observables dès la première consultation ? +++

- A l'interrogatoire
  - aménorrhée
  - signes sympathiques
  - décalage thermique

- A l'examen clinique :
  - tension mammaire avec :
    - augmentation de leur volume
    - réseau veineux sous cutané
    - pigmentation de l'aréole
  - organes génitaux externes œdématiés et hyper-pigmentés
  - au spéculum
    - absence de glaire cervicale ou coagulée
    - col violacé, congestif augmenté de volume, postérieur fermé tonique
  - TV : Signe de Noble
    Signe de Hégar (utérus mou au niveau de l'isthme)

6/ Qu'est-ce que le signe de Noble ? +

- Signe clinique de grossesse positif à la 6ème semaine au toucher vaginal, on perçoit un bombement de l'utérus dans les culs de sac latéraux

7/ Dans un contexte clinique simple, quel est le seul examen complémentaire à demander ? +++

- Echographie
  Permet :
  - diagnostic de certitude
    - 6 SA par voie abdominale
    - 4, 5 SA par voie vaginale
  - datation de la grossesse
    - par mesure de la longueur cranio-caudale
    - et mesure du diamètre bipariétal

***N. B.** : pas de β HCG (RMO)*

8/ Dans un contexte clinique moins évident, quel examen est réalisé avant le précédent ?

- Dosage quantitatif de β HCG plasmatique
  Sert essentiellement au diagnostic positif et non à la datation

9/ A partir de quelle date est produite l'hormone chorionique gonadotrope ?

- Sécrétion débute dès le 9ème jour après la fécondation (3, 5 SA)
- Doublement de ce taux tous les deux jours jusqu'à la 9ème SA puis régression
- Elle est produite par le syncytiotrophoblaste
- Elle a pour rôle de maintenir la production stéroïdienne du corps jaune jusqu'à ce que le relais soit pris par le placenta

10/ Donnez deux causes d'élévation trop importante des β HCG dans le dépistage d'une grossesse.

- Grossesse multiple
- Môle hydatiforme

***N. B.** : On éliminera l'erreur de terme, et les tumeurs germinales (ovaire..)*

11/ Quels sont les moyens pour déterminer le terme ?++

- Calcul des DDR
- Echographie pelvienne par voie abdominale et endovaginale
- Courbe de température
- Hauteur utérine
- Le mieux étant l'échographie

***N. B.** : Pas de β HCG*

12/ Quand l'échographie permet-elle de mieux « dater » la grossesse ?

- Dans tous les cas avant 17 SA
- On estime que la meilleure période est entre 11 et 14 SA

13/ Comment est l'échographie d'une grossesse normale (mono embryonnaire, intra-utérine) ? ++

- Image arrondie unique, anéchogène, excentrée, intra-utérine
- Entourée d'une couronne trophoblastique hyper-échogène
- Avec un écho embryonnaire, et une activité cardiaque

14/ Quels examens doivent être prescrits au terme de la première consultation ? +++

- Echographie datation
- Groupe/Rhésus/RAI
- Sérologie toxoplasmose, rubéole et TPHA VDRL
- Recherche de sucre et d'albumine dans les urines

N. B. : proposer systématiquement HIV et le dépistage de la trisomie 21

- *FCV si > 2ans*
- *Amniocentèse si > 38 ans*

15/ Quand le dépistage de l'hépatite B doit-il être fait ? +

- 6ème mois

16/ Quand pratique-t-on le dépistage d'un diabète ? +

- Entre 24 et 28 SA par un test d'O'sullivan
- Avant si existence de facteurs de risque

17/ Dites combien d'échographies sont obligatoires, quand doivent-elles être réalisées et l'intérêt de chacune+

- 3 échographies obligatoires
  - 1ère entre 11 et 14 SA → échographie datation
  - 2ème entre 20 et 22 SA → échographie morphologique recherchant malformations
  - 3ème entre 30 et 34 SA → échographie de croissance

18/ Rappeler les hauteurs utérines aux différents mois de la grossesse. +

- 4ème mois → 16 cm
- 5ème mois → 20 cm
- 6ème mois → 24 cm
- 7ème mois → 28 cm
- 8ème mois → 30 cm
- 9ème mois → 32 cm

19/ Qu'évoquez-vous devant un volume utérin trop petit ?

- En premier : erreur de terme
- Evoquez de principe
  - arrêt de grossesse
  - GEU
  - malformation fœtale majeure
  - oligoamnios et RCIU plus tard

20/ Qu'évoquez-vous devant un volume utérin trop important ?

- En premier : erreur de terme
- Evoquez aussi :
  - grossesse multiple
  - grossesse molaire
  - fibromes utérins
  - hydramnios et macrosomie plus tard

21/ Quelles sont vos indications de la radiopelvimétrie ? ++

- Grossesse gémellaire
- Utérus cicatriciel
- Siège
- ATCD de traumatismes du bassin
- Disproportion fœtopelvienne suspectée par une anomalie clinique
- Petite taille (et pointure < 36)

22/ Quelles sont les règles hygiéno-diététiques durant la grossesse ?+

- Arrêt de l'alcool, du tabac
- Arrêt de l'automédication
- Conseiller une alimentation équilibrée, bien boire, activité sportive
- Lavage des mains avant et après chaque repas
- Eviter les aliments pasteurisés, la charcuterie, le poisson cru (listeria)
- Consulter devant tous signes anormaux (dl, fièvre, hémorragie, leucorrhées...)
- Eviter les enfants malades
- Prise de vitamine D vers le 7ème mois
- Autre supplémentation selon contexte (folates chez l'épileptique...)
- +/- conseil contre la toxoplasmose si non immunisée

23/ Quels sont les besoins nutritionnels durant la grossesse ?

- Augmentation de 200 a 300kcal /j : augmentation des besoins en protide, glucide et lipide
- (100-200 les 2 premiers trimestres, 250-300 le 3ème trimestre)
- Augmentation des besoins en vitamine D en fin de grossesse

***N. B.** : Pour certaines, supplémentation en fer en fin de grossesse, et en acide folique en périconceptionel (surtout pour les épileptiques)*

24/ Quelle mesure systématique non-médicale accompagne tout diagnostic de grossesse ?

- Déclaration obligatoire

17-HEMORRAGIES DU 1er TRIMESTRE

1/ Quel est l'examen clinique devant hémorragie au 1er trimestre

2/ Quelle est votre attitude en cas d'hémorragie au 1er trimestre ?

3/ Donner les étiologies d'hémorragies du 1er trimestre

4/ Que vous apporte l'échographie ?

5/ Quelle est la conduite à tenir devant une GIU ayant saigné ?

6/ Que dire à une femme ayant saigné au 1er trimestre ?

7/ Qu'est-ce qu'une môle hydatiforme ?

8/ Quels sont les deux grands types de môles hydatiforme ?

9/ Quel est le profil type d'une femme victime d'une môle hydatiforme ?

10/ Quels sont les deux examens complémentaires fondamentaux pour le diagnostic de môle ?

11/ Quels sont les deux examens complémentaires à réaliser avant tout geste thérapeutique, le diagnostic de môle étant posé ?

12/ Donner votre traitement d'une môle

13/ Détailler votre surveillance d'une môle traitée

14/ Que vous évoque un trouble du comportement dans les suites d'une môle ?

1/ Quel est l'examen clinique devant hémorragie au 1er trimestre. ++

- Interrogatoire :
  - ATCD (FCS, GEU, trouble de l'hémostase médicaments.)
  - FDR GEU
  - DDR, cycles, existence de rapports non protégés
- Signes physiques : douleurs, métrorragie et leur type, importance des signes sympathiques de grossesse, fièvre, leucorrhée
- Groupe Rh, RAI
- Examen physique :
  - (0) pouls, TA, température
  - Signe de choc
  - Examen abdominal (dl, défense...)
  - Spéculum (origine saignement, couleur, débris...)
  - TV (douleur, masse, volume utérin++)
  - TR
  - Recherche d'autres saignements

2/ Quelle est votre attitude en cas d'hémorragie au 1er trimestre ?

- Apprécier d'emblée l'importance du saignement et prendre les mesures adéquates en cas d'urgence
- Affirmer l'existence d'une grossesse par l'interrogatoire : retard des règles
- Examen clinique complet et recherche d'éléments particuliers
- Dosage β HCG et échographie utérine
- Prévention de l'immunisation fœto-maternelle (0)

3/ Donner les étiologies d'hémorragies du 1er trimestre. +++

- GEU (0)
- GIU non-évolutive avec :
  - rétention (œuf mort, œuf clair, débris ovulaire)
  - avortement spontané ou provoqué
- GIU évolutive avec :
  - insertion ovulaire basse
  - décollement trophoblastique localisé
  - lyse d'un jumeau

- Môle hydatiforme
- Lésions cervicales (ectropion, cervicite, cancer), endométrite

4/ Que vous apporte l'échographie ? +++

- Transpariétale vessie pleine et endovaginale vessie vide
- Permet de :
  - confirmer l'existence d'une grossesse ou plusieurs grossesses
  - localiser la grossesse
  - dater la grossesse (biométrie fœtale)
  - apprécier la vitalité de l'œuf
  - aider au diagnostic (GEU, décollement FCS)
  - éliminer les malformations majeures
  - voir l'épaisseur de la nuque, l'état de l'utérus, des annexes, du liquide amniotique

5/ Quelle est la conduite à tenir devant une GIU ayant saigné ?+++

- Si la GIU est arrêtée :
  - avant 7-8 SA : traitement médical par métergin 5 j
    - Pour certains, pilule séquentielle (Ovanon®)
    - Contrôle écho à j5
  - Après :
    - aspiration ou curage (avec envoi en anapath)
    - +metergin® +antibioprophylaxie pour certains
- Si la GIU continue :
  - (0) repos au lit
  - (0) arrêt de travail
  - Antispasmodique : Spasfon®
  - Arrêt des rapports sexuels quelques jours
  - Surveillance
  - Pour certains, hormone progestative

DANS TOUS LES CAS (0) gamma anti D si Rh-

6/ Que dire à une femme ayant saigné au 1er trimestre ? +

- 25% des femmes saignent au 1er trimestre et 50% n'évolueront pas normalement

***N. B.** : Sur 100 grossesses 25 saignent : 1GEU 24GIU (12 FCS, 12 GIU évolutive)*

7/ Qu'est-ce qu'une môle hydatiforme ?

- Dégénérescence kystique des villosités placentaires

8/ Quels sont les deux grands types de môle hydatiforme ?

- Môle hydatiforme complète (75% des cas)
  - ou mole androgénique
  - ovule sans chromosome fécondé par 2 spermatozoïdes
  - ou par un spermatozoïde dupliqué
  - risque de devenir un choriocarcinome

- Môle partielle
  - ou maladie trophoblastique
  - cohabitation môle et tissu normal

9/ Quel est le profil type d'une femme victime d'une môle hydatiforme ?

- Terrain
  - femme jeune
  - asiatique

- Circonstances de découverte
  - métrorragies de sang rouge
  - exagération des signes sympathiques de grossesse
  - toxémie gravidique précoce
  - thyrotoxicose
  - utérus plus gros et plus mou à l'examen

N. B. : 1 grossesse sur 1.000

10/ Quels sont les deux examens complémentaires fondamentaux pour le diagnostic de môle ? +

- Dosage plasmatique quantitatif de β HCG trop élevé pour le terme
- Echographie utérine image en tempête, ou boule de neige

11/ Quels sont les deux examens complémentaires à réaliser avant tout geste thérapeutique, le diagnostic de môle étant posé ?

- Dosage plasmatique quantitatif de β HCG
  - nécessité d'un taux de référence pour le suivi ultérieur
- Radiographie pulmonaire
  - image de référence

12/ Donner votre traitement d'une môle. ++

- Bilan pré thérapeutique
- Hospitalisation en grossesses pathologiques
- Sans attendre, sous anesthésie générale
  - évacuation du contenu utérin en urgence
  - révision utérine systématique
- Etude anatomo-pathologique (0)
- **Contraception orale stricte pendant 1 an**
- Surveillance en milieu hospitalier
- Prévention allo-immunisation (0)

13/ Détailler votre surveillance d'une môle traitée. +

- Clinique :
  - Pouls, TA, température
  - Globe utérin, métrorragie, douleur, signe sympathique de grossesse
- Paraclinique :
  - RP
  - Echographie hépatique
  - βHCG (0)

La surveillance des βHCG sera effectuée tous les 15 jours durant 3 mois en l'absence d'anomalie, une grossesse est autorisée à 1 an

N. B. : Si le taux de β HCG augmente ou est inchangé : 3 hypothèses

- *Mauvaise prise de la contraception (grossesse)*
- *Rétention molaire*
- *Maladie trophoblastique :*
  - *choriocarcinome*
  - *môle invasive*

14/ Que vous évoque un trouble du comportement dans les suites d'une môle ?

- Métastases cérébrales

17-HEMORRAGIES DU 3ème TRIMESTRE

1/ Donner les principales causes d'hémorragie du 3ème trimestre, avant l'entrée en travail

2/ Donner les principales causes d'hémorragie du 3ème trimestre durant le travail

3/ Devant une hémorragie du 3ème trimestre, quelle est votre attitude ?

4/ Comment apprécie-t-on simplement le retentissement fœtal ?

5/ Quels sont les facteurs de risque d'hématome rétro-placentaire ?

6/ Donner les principaux signes cliniques d'HRP.

7/ Comment confirmer le diagnostic d'HRP ?

8/ Citer les complications possibles d'un HRP

9/ Donner les grands principes thérapeutiques d'un HRP

1/ Donner les principales causes d'hémorragie du 3ème trimestre, avant l'entrée en travail. +++

- Placenta prævia
- HRP
- Hématome décidual marginal
- Rupture utérine
- Causes cervicales :
  - cancer du col
  - polypes cervicaux
  - cervicite
  - ectropion

2/ Donner les principales causes d'hémorragie du 3ème trimestre durant le travail. +

- Perte du bouchon muqueux
- Placenta prævia ⇒ Urgence
- HRP ⇒ Urgence
- Rupture utérine ⇒ Urgence
- Rupture d'un vaisseau prævia (hémorragie de Benkiser)
- Causes cervicales

3/ Devant une hémorragie, du 3ème trimestre, quelle est votre attitude ? +

- Urgence
- Evaluer l'importance de l'hémorragie
- Recherche une vitalité fœtale (cf.)
- Echographie obstétricale (pas de voie endovaginale au départ) pour étiologie et éliminer
  - placenta prævia
  - réalisée en urgence avant le toucher vaginal ++++
- Traitement étiologique
- Prélèvements sanguins maternels (Gr/Rh/RAI) (0), VVP, O2
- Gamma anti D si Rh - (0)

4/ Comment apprécie-t-on simplement le retentissement fœtal ?

- Par enregistrement du rythme cardiaque fœtal par monitoring (en attendant l'échographie)
- Cherchant :
  - tracé normal rassurant
  - ou plus souvent en cas HRP :
    - absence de bruit du cœur et tracé plat non réactif
    - décélération du rythme cardiaque lors des contractions utérines
  - permet aussi d'apprécier les contractions utérines

5/ Quels sont les facteurs de risque d'hématome rétro-placentaire ?

- HTA gravidique++
- ATCD d'HRP
- Traumatisme abdominal, cocaïnomane, tabac

6/ Donner les principaux signes cliniques d'HRP. +

- Femme au 3ème trimestre de sa grossesse
- Douleur abdominale constante, intense, brutale
- Hémorragie génitale peu abondante et noirâtre++
- Nausées/vomissements/signes de préeclampsie
- Etat de choc
- Hypertonie utérine++ et augmentation de la hauteur utérine
- TV : segment inférieur dur et tendu (utérus de bois)
- Préeclampsie fréquemment associée

7/ Comment confirmer le diagnostic d'HRP ? +

- Echographie obstétricale en urgence (sous sus pubienne au départ afin d'éliminer un PP)
- Permet de confirmer le diagnostic
  - zone linéaire vide d'écho biconcave entre placenta et utérus = image de l'hématome
  - plus souvent :
    - zone anéchogène intra placentaire
    - décollement des membranes
    - augmentation de l'épaisseur du placenta
- Permet d'apprécier plus précisément le retentissement fœtal

N. B. : Le plus souvent l'échographie est normale +++, n'éliminant pas le diagnostic

8/ Citer les complications possibles d'un HRP++

- Mort fœtale (25%)
- CIVD et fibrinolyse
- Nécrose corticale (Insuffisance rénale) et nécrose utérine
- Rupture utérine
- Décès maternel (1%)
- Menace d'accouchement prématuré et AP
- Hémorragie de la délivrance
- Complication du terrain : préeclampsie et HELLP syndrome
- Immunisation fœto-maternelle

9/ Donner les grands principes thérapeutiques d'un HRP++

- Urgence, pronostic vital engagé
- Voie veineuse périphérique/sonde urinaire/O2/scope/sat
- Bilan transfusionnel et commande de culots globulaires
- Traitement éventuel des troubles de coagulation (CIVD)
- Traitement obstétrical :
  - césarienne en urgence son AG (pas de péridurale (0)) pour extraction fœtale et sauvetage maternel
  - accouchement par voie basse si pas de SFA hématome modéré au fœtus décédé
  - Révision utérine systématique (0)
- Gamma anti D si Rh – (0)
- Surveillance (femme 24 à 48h en Réa)

N. B. : Prévention des récidives par Aspégic®

17-PLACENTA PRÆVIA

1/ Qu'est-ce qu'un placenta prævia (PP) ?

2/ Quels sont les facteurs de risque d'un PP ?

3/ Quelles sont les circonstances de découverte d'un PP ?

4/ Quel geste clinique est classiquement contre-indiqué en cas de suspicion de P. P. ?

5/ Quels sont les examens complémentaires devant un PP ?

6/ Donner votre traitement d'un PP en l'absence de travail

7/ Quelles sont les indications d'une césarienne en cas de PP durant un travail ?

8/ Devant un tableau de PP, quels sont les deux éléments dictant votre CAT ?

9/ Quels conseils donnez-vous à une femme ayant un placenta prævia à 30 SA ?

10/ Il existe une récidive du saignement après 36SA, comment arrêter le saignement ?

1/ Qu'est-ce qu'un placenta prævia (PP) ? +

- Insertion basse et vicieuse du placenta sur le segment inférieur au 3ème trimestre

2/ Quels sont les facteurs de risque d'un PP ? +

- Multiparité
- ATCD d'avortements
- ATCD de placenta prævia
- Cicatrices utérines
- Gémellité
- Fibromes sous muqueux
- Malformation utérines
- Endométrite
- Age > 30 ans

3/ Quelles sont les circonstances de découverte d'un P. P. ?

- Hémorragie de sang rouge, liquide, indolore, brutale, survenant au repos au cours du 3ème trimestre en provenance de l'endocol.
- Triade clinique :
  - utérus souple
  - présentation haute et mobile
  - fœtus vivant
- Echographie (visualisation d'un placenta bas inséré)
- Pendant le travail par un présentation anormale
- Lors d'une hémorragie de la délivrance

4/ Quel geste clinique est classiquement contre-indiqué en cas de suspicion de PP ? ++

- Le toucher vaginal (0)
  - est formellement contre-indiqué en cas de PP
  - tout toucher vaginal est à proscrire en cas d'hémorragie du 3ème trimestre
  - réalisé très prudemment : il donne un aspect de « matelas »

N. B. *: peut être responsable :*
- *d'hémorragie cataclysmique*
- *de rupture de membranes*
- *d'accouchement prématuré*

5/ Quels sont les examens complémentaires devant un de PP ? ++

- Echographie obstétricale (pas de voie endovaginale) en urgence
  - permet de poser le diagnostic de PP
  - permet de définir le stade
    - I PP latéral
    - II PP marginal
    - III PP partiel
    - IV PP central ou total
    - de gravité croissante
- Bilan préopératoire
- Test de Kleinhauer
- ERCF (0)
- BU, et un bilan infectieux si fièvre

6/ Donner votre traitement d'un PP en l'absence de travail. +++

- Hospitalisation le plus souvent
  (décision dépend du terme, du stade, de l'existence d'une menace d'accouchement prématuré , du suivi possible de la patiente)
- Repos au lit strict
- Arrêt de travail
- Arrêt des rapports sexuels
- Compensation des pertes sanguines et d'une carence martiale
- Traitement d'une menace d'accouchement prématuré associée ou systématiquement en cas de PP stade III ou IV
- Pas de TV
- Prévenir les autres docteurs et sage femme de l'existence d'un placenta prævia (pas de TV)
- Gamme anti D si Rh – (0)
- Surveillance

7/ Quelles sont les indications d'une césarienne en cas de PP durant un travail ? +

- PP recouvrant++
- Hémorragie externe massive
- Souffrance fœtale aiguë
- Présentation anormale

8/ Devant un tableau de PP, quels sont les deux éléments dictant votre CAT ?

- Importance et tolérance de l'hémorragie
- Retentissement fœtale

9/ Quels conseils donnez-vous à une femme ayant un placenta prævia à 30 SA ? D

- Repos au lit
- Prévenir les autres docteurs et sages femmes de ne pas faire de TV (0)
- Consulter devant tout signe anormal
- Surveillance régulière
- Hospitalisation fréquente en fin de grossesse

10/ Il existe une récidive du saignement après 36SA, comment arrêter le saignement ? +++

- Rupture artificielle des membranes (le fœtus tombe → tamponnement hémostatique)

17-INTERRUPTION SPONTANEE DE GROSSESSE

1/ Donner la définition d'un avortement spontané

2/ Quelles sont les étiologies possibles des avortements spontanés ?

3/ Quel examen complémentaire est le plus important en cas de suspicion d'avortement ?

4/ Quand recherche-t-on une étiologie à un avortement spontané, et comment ?

1/ Donner la définition d'un avortement spontané. +

- **Interruption** de grossesse avant 22 SA
- Pour l'OMS : 22SA et poids < 500 g

2/ Quelles sont les étiologies possibles des avortements spontanés ? +

- Causes ovulaires
  - anomalie chromosomique ++ (50 à 60 % FCS)
  - anomalies génétiques
  - grossesses multiples
- Causes utérines :
  - béance cervico-isthmique
  - malformations génitales congénitale ou acquise
- Causes maternelles :
  - diabète
  - HTA
  - hypothyroïdie
  - insuffisance rénale
- Causes infectieuses :
  - virus : rubéole/herpès/CMV/hepatites/parvovirus B19
  - bactéries : listéria/strepto/myco
  - parasite : toxoplasmose
- Causes hormonales :
  - insuffisance lutéale
  - Cushing
  - hyperprolactinémie
  - hyperandrogénie
  - hypothyroïdie
- Causes immunologiques (SAPL, LED, autre MAI)
- Causes exogènes :
  - traumatique physique dont amniocentèse, psychologique
  - toxique : alcool, tabac
  - idiopathique

3/ Quel examen complémentaire est le plus important en cas de suspicion d'avortement ?

- Echographie utérine (voie abdominale et endovaginale)

4/ Quand recherche-t-on une étiologie à un avortement spontané et comment ?

- Si avortement au-delà de 12 SA
- Si plus de 3 avortements spontanés

Faire :

- Une hystéroscopie
- Des dosages immunologiques (SAPL, MAI) et hormonaux (thyroïde, insuffisance lutéale...)
- Une enquête génétique et familiale (caryotype du couple)
- Un bilan infectieux et de coagulation

17-HYPERTENSION ARTERIELLE ET GROSSESSE

1/ Quel est le diagnostic d'une HTA en cours de grossesse ?

2/ Comment peut-on expliquer l'HTA survenant au cours d'une grossesse ?

3/ Quelle est la définition d'une préeclampsie ?

4/ Qu'est ce qu'une préeclampsie sévère

5/ Quelles sont les FDR d'HTA gravidique

6/ Détailler votre examen clinique en cas d'HTA maternelle

7/ Quels sont les signes de gravité de toxémie gravidique ?

8/ Détailler votre bilan paraclinique maternel d'une toxémie gravidique.

9/ Quelles sont les complications d'une HTA gravidique ?

10/ Donner le tableau clinique et paraclinique d'un HELLP syndrome

11/ Donner en un mot le traitement d'un HELLP syndrome

12/ Quelle est la clinique des prodromes d'une éclampsie ?

13/ Décrire une crise d'éclampsie

14/ Une éclampsie est-elle possible au 1er trimestre de la grossesse ?

15/ Citer les principaux antihypertenseurs utilisables durant la grossesse

16/ Donner votre traitement d'une HTA gravidique non compliquée

17/ Quel est votre traitement d'une préeclampsie ?

18/ Donner vos grands principes de traitement d'une éclampsie

19/ Qu'impose la surveillance d'une femme dans les suites d'une crise d'éclampsie

20/ Quel est le traitement préventif de l'HTA gravidique ?

1/ Quel est le diagnostic d'une HTA en cours de grossesse ? ++

- Chiffres tensionnels élevés :
  - TA systolique supérieur ou égal à 140 mmHg
  - et/ou TA diastolique supérieur ou égal à 90 mmHg
  - apparaissant après la 20 SA pris a 2x à 4h d'intervalles

2/ Comment peut-on expliquer l'HTA survenant au cours d'une grossesse ?

- diminution de la perfusion placentaire
- activation du système Rénine-Angiotensine-Protaglandines a l'origine de l'HTA

3/ Quelle est la définition d'une préeclampsie ? +

- HTA gravidique certaine
- Protéinurie (plus de 0.5g/24 h ou 0.3g/l)

N. B. : Des œdèmes peuvent être présent

ECBU négative afin d'éliminer une infection urinaire

4/ Qu'est ce qu'une préeclampsie sévère ?+

- PAS > ou égale a 160 ou PAD > ou égale a 110mm hg
- Signes fonctionnels d'HTA
- Syndrome néphrotique massif dont une prise de poids récente et brutale avec oligurie, des œdèmes massifs (MI et visage), ROT vif, protéinurie massive a la bandelette
- Trouble visuels (phosphène) auditifs (bourdonnement) ou barre épigastrique
- Diminution des mouvements actifs fœtaux
- RCIU

5/ Quelles sont les FDR d'HTA gravidique++

- ATCD : familiaux ou personnel d'HTA, obésité, HTA gravidique, de préeclampsie, HTA sous œstroprogestatif
  - < 18 ans ++, < 40 ans
  - LEAD, autre maladie auto immune, néphropathie
  - Primiparité++, multigestité
  - Jumeaux++, hydramnios
  - RCIU ou MFIU inexpliqué
  - HRP, HELLP syndrome

6/ Détailler votre examen clinique en cas d'HTA maternelle.

- Reprise de l'interrogatoire :
  ATCD familiaux / ATCD personnels (FDR cf.) / HTA connue/ diabète/ médicaments
- Examen clinique : (TPHAx2) +ROT
  - TA aux deuxbras/couchée/debout
  - recherche d'une préeclampsie :
    - HTA : TA
    - protéinurie : bandelette urinaire
    - œdèmes : recherche d'épanchements
  - poids/taille
  - examen gynécologique
  - examen neurologique : ROT ++
  - recherche de signes de gravité (cf.)
- Recherche d'une hypotrophie/souffrance fœtale hauteur utérine/périmètre abdominal/mouvements actifs

7/ Quels sont les signes de gravité de toxémie gravidique ? +++

- Douleur abdominale/épigastrique en barre (signe de chaussier)
- Contracture utérine, Métrorragies de sang noir (signe d'HRP)
- Céphalées/acouphènes/myodesopsies (signe de prodrome d'éclampsie))
- ROT vifs

- Oligurie < 400cc
- Protéinurie > 1g/j
- Œdème massif
- Retentissement fœtal (cf.)
- Elément du HELLP syndrome

8/ Détailler votre bilan paraclinique maternel d'une toxémie gravidique ? +++

BILAN MATERNEL :

- Bilan biologique :
  - NFS/plaquettes (0) (thrombopénie)
  - bilan d'hémostase : TP/TCA/fibrine/dimère PDF (0) (CIVD)
  - ionogramme sanguin
  - glycémie
  - urée/créat.
  - Uricémie (0) (pathologie si > 350 mmol/l)
  - bilan hépatique (0)
  - protéinurie dès 24 heures (0)
  - ECBU
- FO
- ECG

BILAN FŒTAL :

- Electrotocographie (0)
- Echographie obstétricale
  - bien être fœtale (score de Manning)
  - étude Doppler des artères utérines cherchant un aspect de Notch après 26 SA
  - doppler des artères ombilicales (augmentation des résistances)
  - doppler des artères cérébrales (vasodilatation)
  - biométrie fœtale

9/ Quelles sont les complications d'une HTA gravidique ? +++

- Complications maternelles :
  - décès maternel
  - insuffisance rénale aiguë
  - hématome rétroplacentaire
  - toxémie/préeclampsie/éclampsie
  - HELLP syndrome
  - HRP
  - CIVD
  - Rupture sous capsulaire du foie
  - Complication propre a l'HTA gravidique sévère (PAD > 120mmhg) :
    - encéphalopathie hypertensive
    - hémorragie intracérébrale
    - insuffisance rénale aiguë
    - OAP
    - hématomes rétroplacentaires
    - arythmie ventriculaire
- Complications fœtales
  - hypotrophie
  - mort fœtale in utéro
  - décès néonatal précoce

10/ Donner le tableau clinique et paraclinique d'un HELLP syndrome+

- Clinique :
  - douleur épigastrique ou hypochondre droit
  - nausées/vomissements
  - néphropathie gravidique : HTA/œdèmes/protéinurie
- Biologie :
  - protéinurie
  - hémolyse avec schisocytes+
  - élévation des enzymes hépatiques
  - thrombocytopénie

  N. B. : HELLP : Hemolysis, Elevated Liver enzyme, Low Platelets (hémolyse, élévation des enzymes hépatiques, thrombopénie)

11/ Donner en un mot le traitement d'un HELLP syndrome

- Accouchement en urgence

12/ Quelle est la clinique des prodromes d'une éclampsie ?

- Céphalées en casque
- Troubles visuels : phosphènes, baisse de l'acuité visuelle
- Acouphènes
- Nausées et vomissements
- Barre épigastrique (chaussier)
- Somnolence
- ROT vifs

13/ Décrire une crise d'éclampsie

- 4 phases :
  - Invasion (5 à 3 0 sec.) :
    - contractions fibrillaires de la tète et du cou
    - contractions des membres : pronation
    - mouvements pendulaires des yeux
    - mouvements de va et vient de la langue
  - Tonique (30 sec.) :
    - hypertonie généralisée :
      membre supérieur en flexion/membre inférieur en extension/trismus/ révulsion oculaire/apnée
- Clinique (1 à2 min.) :
  - convulsions désordonnées de plus en plus amples (après profonde inspiration)
- Comateuse :
  - obnubilation
  - respiration stertoreuse
  - mydriase bilatérale

14/ Une éclampsie est-elle possible au 1er trimestre de la grossesse ?

- Oui mais rare
- En fait l'éclampsie du 1er trimestre est étroitement associé à la grossesse molaire

***N. B.** : éclampsie plus fréquente au 3ème trimestre ou au 2ème trimestre si HTA associée*

15/ Citer les principaux antihypertenseurs utilisables durant la grossesse

- Alphaméthyldopa : Aldomet® utilisé en 1ere intention
- β bloquants : Labêtalol : Trandate®
- Inhibiteurs calciques : loxen®

***N. B.** : contre-indiqués : diurétiques, IEC, régimes désodés*

16/ Donner votre traitement d'une HTA gravidique non compliquée. ++D

- Traitement ambulatoire
- Règles hygiéno-diététiques
  - repos physique et psychique
  - repos au lit le plus souvent possible en décubitus latéral gauche
  - régime normosalé
- Arrêt de travail, aide ménagère
- Recours aux hypotenseurs discutés au cas par cas selon la clinique, (indication du traitement PAD > 100mmhg) :
  - le plus souvent : Trandate® ou Aldomet®
  - autres antihypertenseurs classiquement contre-indiqués
- Education de la malade (consultation si céphalée, barre épigastrique...)
- Surveillance et accouchement dès que possible

***N. B.** : l'accouchement reste le traitement curatif*

17/ Quel est votre traitement d'une préeclampsie ? +++D

- Hospitalisation
- Repos au lit strict en DLG
- Mise en condition : VVP, scope, O2
- Bilan pré-opératoire, consultation anesthésie
- Corticothérapie pour maturation pulmonaire à discuter
- Traitement anti-hypertenseur : Loxen® IV
- Sulfate de Mg 2+
- Après 34/36 semaines, on discutera un accouchement en urgence
- Surveillance

18/ Donner vos grands principes de traitement d'une éclampsie

- Urgence médicale
  - Mesure de réanimation
  - Transport médicalisé
- Traitement anticonvulsant en urgence par Valium® IV
- Puis sulfate de Mg2+
- Anti Hypertenseur par voie parentérale : Loxen® IV
- En l'absence de travail : césarienne en urgence par extraction fœtale pour sauvetage maternel
- Surveillance

19/ Qu'impose la surveillance d'une femme dans les suites d'une crise d'éclampsie ?

- Transfert en service de réanimation

L'éclampsie pouvant survenir dans les 72 heures

20/ Quel est le traitement préventif de l'HTA gravidique ? +++

- Dépistage
- Traitement médical
  - par Aspirine®
  - 60 à 80 mg/24h
  - entre la 14 et la 36 SA
- Régime normosalé
- Arrêt du tabac
- Surveillance +++ (doppler utérin dès le 5ème mois)
- Programmation des grossesses et accouchements

17-GROSSESSE ET DIABETE

1/ Qu'est-ce qu'un diabète gestationnel ?

2/ Expliquez simplement le métabolisme glucidique durant la grossesse

3/ En l'absence de facteurs de risque, quand recherchez-vous un diabète gestationnel ?

4/ Quels sont les facteurs de risques qui vous font avancer ce dépistage ?

5/ Quelles sont les 3 épreuves de charge orale réalisables en dépistage d'un diabète gestationnel ?

6/ Quelles sont les complications du diabète contre-indiquant la grossesse ?

7/ Existe-t-il une complication du diabète contre-indiquant l'accouchement ?

8/ Citer les complications du diabète sur la grossesse

9/ Définissez une macrosomie fœtale ? A quoi est-elle due dans le diabète gestationnel ?

10/ Comment expliquez-vous la grande fréquence de détresses respiratoires fœtales en cas de diabète gestationnel ?

11/ Quel est le traitement du diabète gestationnel ?

12/ Quelle est votre surveillance d'un diabète gestationnel ?

13/ Que faire chez une diabétique désirant une grossesse ?

14/ Détaillez l'accouchement d'une grossesse avec un diabète traité par insuline.

15/ Que faire 3 à 6 mois après l'accouchement chez une femme ayant eu un diabète gestationnel ?

1/ Qu'est-ce qu'un diabète gestationnel ?

- Trouble de la tolérance au glucose apparaissant durant la grossesse, quelque soit son évolution dans le post-partum

2/ Expliquez simplement le métabolisme glucidique durant la grossesse. ++

Métabolisme glucidique s'opère au profit de l'unité fœtoplacentaire

- 1ère partie de la grossesse : **Anabolisme facilité**
  - augmentation de l'insulinosécrétion
  - favorise les stockâges glucidiques maternels
  - hypoglycémies maternelles fréquentes au 1er trimestre
- 2ème partie de la grossesse (à partir de 17 -20SA) : **Catabolisme accéléré**
  - augmentation des besoins fœtaux en glucide
  - insulino résistance
    - tendance aux hyperglycémies maternelles

3/ En l'absence de facteurs de risque, quand recherchez-vous un diabète gestationnel ?

- Dépistage obligatoire entre 24 et 28 SA

4/ Quels sont les facteurs de risques qui vous font avancer ce dépistage ? +

- ATCD familiaux de diabète gestationnel ou de diabète non gestationnel
- ATCD de gros bébé (> 4kg)
- Obésité
- Prise de poids excessif durant la grossesse
- Hyperglycémies sous contraceptifs
- Malformations fœtale
- HTA, préeclampsie
- Glycosurie
- ATCD de mort fœtal in utéro inexpliqué
- Hydramnios et macrosomie

  ***N. B.** : dépistage à la première consultation et surveillance ultérieure étroite*

5/ Quelles sont les 3 épreuves de charge orale réalisables en dépistage d'un diabète gestationnel ?

- Epreuve OMS
  - 75g de glucose per os et mesure de la glycémie 2 heures plus tard (diabète si taux ≥ 1, 40 g/1 ou 7, 8 mmol/1)

- Epreuve d'O'Sullivan
  - prélèvements sanguins a t = 0/ t = 60 min/ t = 120 min/ t = 180 min après injection de 100g de glucose (diabète si deux valeurs anormales)
  - t = 0 > 0, 9g/1, t = 60 min > 1, 65g/1, t = 120 min > 1, 45g/1, t = 180 min > 1, 25g/1

- Epreuve de Carpenter et Coustan
  - comme l'O'Sullivan mais les valeurs pathologique sont t=0 > 0. 95g/l, t=60 > 1. 8g/l, t=120 > 1. 55 g/l, t=180 > 1. 40g/l

6/ Quelles sont les complications du diabète contre-indiquant la grossesse ?

- Coronaropathie
- Rétinopathie diabétique proliférante
- Protéinurie > 3g/24h ou créat > 130

7/ Existe-t-il une complication du diabète contre-indiquant l'accouchement ?

- Oui : Décollement rétinien d'une rétinopathie diabétique peut être aggravé par les efforts de poussée de l'accouchement
- Préférer la césarienne

8/ Citer les complications du diabète sur la grossesse. +++

- Malformations fœtales (tous les organes mais surtout appareil cardio-vasculaires, dont la cardiopathie obstructive par hypertrophie septale, et neurologique)
- Macrosomie et ses complications (paralysie du plexus brachiale, fracture de la clavicule, accouchement instrumental)
- Menace d'accouchement prématuré et AP
- Hydramnios
- Mort fœtale in utéro
- Détresse respiratoire par maladie des membranes hyalines
- HTA gravidique, préeclampsie
- Désordres métaboliques : hypoglycémie néonatale ++, hypocalcémie, hyperbilirulinémie, polyglobulie

N. B. : Concernant un diabète préexistant : risque de déséquilibre ++

9/ Définissez une macrosomie fœtale ? A quoi est-elle due dans le diabète gestationnel ?

- Macrosomie fœtale :
  - poids > 4.000g à terme ou
  - poids > 90ème percentile
- Dans le diabète maternel :
  - macrosomie due à l'hyperinsulinisme fœtal réactionnel à l'hyperglycémie maternelle
  - hyperinsulinisme stimule l'anabolisme fœtal

N. B. : glucose passe le placenta, pas l'insuline

10/ Comment expliquez-vous la grande fréquence de détresses respiratoires fœtales en cas de diabète gestationnel ?

- Hyperglycémies retardent la maturation du surfactant
- Donc, plus grande fréquence des maladies des membranes hyalines

11/ Quel est le traitement du diabète gestationnel ?+++

- Régime : 1800 a 2000 kcal comme celui d'un diabétique (sans sucre rapide...)
- Enrichie en calcium et en fer
- Repartie sur 3 repas et 3 collations
- Obj : glycémie à jeun < 0.95g/l
  glycémie post prandiale < 1.3g/l
- Si insuffisant : hospitalisation et injections d'insuline (QS)
- Contre indication des hypoglycémiant oraux
- Education
- Surveillance

12/ Quelle est votre surveillance d'un diabète gestationnel ? +++

- Surveillance maternelle :
  - glycémie capillaire 6 à 7 fois par jour/protéinurie/glycésurie
  - consultation diabétologue tous les 15 jours
    - carnet : glycémie/ BU
    - contrôle du régime alimentaire
    - TA/pouls/poids/température
  - hémoglobine glycosylée/urée, créat, protéinurie/ECBU//mois
  - FO par 2/3 mois si lésions

- Surveillance obstétricale :
  - poids/hauteur utérine/périmètre abdominal/bruits du cœur/état du col
  - comptage des mouvements actifs
  - monitoring / 15 jours puis rapproché vers 28 SA
  - échographie obstétricale +/- Doppler/mois puis rapprochée vers 32 SA

13/ Que faire chez une diabétique désirant une grossesse ? ++

- Programmer++ la grossesse (équilibre glycémique optimum)
- Arrêt des antidiabétiques oraux (0)
- Eliminer les contre indication à la grossesse (cf), (traitement d'une rétinopathie.)
- Connaître le début précis de la grossesse pour un meilleur suivi
- RHD habituelle concernant le diabète
- Equilibre optimum de la glycémie par l'insuline
- parfois hospitalisation au départ pour optimisation de l'insuline quand le diabète est dur à équilibrer
- Surveillance

14/ Détaillez l'accouchement d'une grossesse avec un diabète par insuline++

- Hospitalisation 36SA
- Insulinothérapie IVSE (dose de 24h) adaptée aux glycémies horaires
- G10% IV pour éviter l'hypoglycémie néonatale
- RCF 2-3 fois/j
- Déclenchement de l'accouchement a 38 SA
- Nouveau-né confié au pédiatre→prévention de l'hypoglycémie néonatale
- Si diabète préexistant : diminuer dose d'insuline de moitie ++
- Si diabète gestationnel : arrêt total de l'insuline
- Pour la contraception : micro progestatif en continue vers j10
- Allaitement conseillé
- Surveillance

15/ Que faire 3 à 6 mois après l'accouchement chez une femme ayant eu un diabète gestationnel ? +++

- HGPO pour voir si le diabète a disparu

17-MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE

1/ Qu'est-ce qu'une menace d'accouchement prématuré (MAP) ?

2/ Quelle est la classification des menaces d'accouchement prématuré et la CAT ?

3/ Quelle est la première question à poser à une femme en travail ?

4/ Détailler votre interrogatoire d'une menace d'accouchement prématuré.

5/ Détailler votre examen clinique d'une menace d'accouchement prématuré.

6/ Qu'apprécie le toucher vaginal en cas de menace d'accouchement prématuré ?

7/ Qu'appelle-t-on des contractions utérines efficaces ?

8/ Donner les grandes causes de menace d'accouchement prématuré.

9/ Quelles sont les causes maternelles de menace d'accouchement prématuré ?

10/ Comment diagnostiquez-vous une béance cervico-isthmique ?

11/ Quelles sont les causes ovulaires de menace d'accouchement prématuré?

12/ Quel examen permet de porter le diagnostic de menace d'accouchement prématuré ? Qu'apporte-t-il ?

13/ Quel est votre bilan paraclinique d'une menace d'accouchement prématuré?

14/ Quels sont les critères pour évaluer le risque d'AP ?

15/ Outre le terme de la grossesse, quel autre élément conditionne votre conduite thérapeutique ?

16/ Quels sont les médicaments tocolytiques ?

17/ Que proposez-vous en cas de menace d'accouchement prématuré sévère avec membranes intactes avant 36 SA ?

18/ Que proposez-vous en cas de menace d'accouchement prématuré à une femme à plus de 36 SA ?

19/ Que proposez-vous à une femme consultant pour menace d'accouchement prématuré à 34 SA, membranes rompues ?

20/ Que proposez-vous à une femme entre 28 et 34 SA en menace d'accouchement prématuré, membranes rompues ?

21/ Quelle est votre attitude en cas d'échec d'une tocolyse chez une femme en menace d'accouchement prématuré sévère ?

22/ Quel critère biologique vous fait arrêter une tocolyse en cas de menace d'accouchement prématuré de plus de 28 SA avec membranes rompues ?

23/ Quelles sont les contre-indications à l'emploi des β-mimétiques ?

24/ Quels sont les effets secondaires des β-mimétiques ?

25/ Quelle est la CAT si menace d'accouchement prématuré chez diabétique ou hypertendu.

26/ Quel est l'élément crucial d'une surveillance maternelle d'une tocolyse par Bêta-mimétiques ?

27/ Quelle est votre surveillance d'une tocolyse par β-mimétiques ?

28/ Quelles sont les mesures préventives visant à éviter une menace d'accouchement prématuré ?

29/ Quels sont les risques liés à la prématurité

1/ Qu'est-ce qu'une menace d'accouchement prématuré (MAP) ?

Apparition chez une femme entre 22 et 37 SA d'un état clinique qui en dehors d'une thérapeutique aboutit à un accouchement prématuré (contractions utérines avec modifications cervicales)

2/ Quelle est la classification des menaces d'accouchement prématuré et la CAT ?+

- Menace d'accouchement prématuré légère :
  - Contractions utérines espacées
  - col tonique à l'orifice interne,
  - baisse < à 50% de la longueur du col

  →repos à domicile+surveillance
- Menace d'accouchement prématuré moyenne :
  - 1-2 CU/10 min,
  - col perméable au doigt chez la multipare, à la pulpe chez la nullipare,
  - baisse > 50% longueur du col

  →prise en charge en maternité
- Menace d'accouchement prématuré sévère :
  - > 2CU/10min,
  - col ouvert > 1 doigt,
  - baisse > 50% longueur du col

  →transfert en maternité niveau 2 (32 a 35 SA) ou niveau 3 (< a 32 SA)

3/ Quelle est la première question à poser à une femme en travail ?

- Terme de la grossesse
- La réponse conditionne la conduite ultérieure :
  - si à terme : organiser l'accouchement
  - si menace d'accouchement prématuré : tenter de retarder l'accouchement

4/ Détailler votre interrogatoire d'une menace d'accouchement prématuré

- Terme de la grossesse
- Caractéristique de la grossesse (gémellité, HTA, diabète..)
- Rechercher les signes fonctionnels habituels
  - contractions utérines et leurs caractères : volontaires ou non/douloureuses ou non/intervalles/totales ou non/date de début
  - métrorragies
  - perte du bouchon muqueux ou écoulement de liquide
  - signes urinaires, hémorragie avant les contractions, syndrome grippal
- Hyperthermie
- Présence d'un facteur déclenchant
- ATCD gynéco obstétriques

5/Détailler votre examen clinique d'une menace d'accouchement prématuré +

- Interrogatoire (Cf.)
- Examen clinique (TPHAx2) :
  - pouls/TA aux 2 bras/température
  - bandelette urinaire, dextro.
  - examen gynécologique
    - examen au spéculum
    - palpation abdominale pour apprécier la présentation et éventuellement l'engagement
    - toucher vaginal
  - test à la fibronectine fœtal ++
  - test d'amniocator
  - enregistrement tocométrique (0)
- Prise en charge en urgence

6/ Qu'apprécie le toucher vaginal en cas de menace d'accouchement prématuré ?

- Retarder en cas de métrorragie (placenta prævia)
- Recherche :
  - modification du col utérin
  - raccourcissement/ramollissement/dilatation/position
  - ampliation de la présentation
  - rupture des membranes
  - engagement de la présentation
  - perte du bouchon muqueux et traces de sang
- Le toucher vaginal est prudent, les doigts sont laissés en place durant une contraction utérine

7/ Qu'appelle-t-on des contractions utérines efficaces ?

- Contraction utérine entamant une modification du col utérin, le rapprochant d'un état favorable à l'accouchement

8/ Donner les grandes causes de menace d'accouchement prématuré +++

- Causes maternelles générales
- Causes maternelles locales
- Causes ovulaires
- Idiopathique ++

9/ Quelles sont les causes maternelles de menace d'accouchement prématuré ? +++

- Causes maternelles générales :
  - infection :
    - pyélonéphrite ou cystite
    - listériose
    - hyperthermie isolée

- AEG
- Toxémie
- Diabète
- Tabagisme, alcool

- Causes maternelles locales
  - béance cervico-isthmique
  - anomalies gynécologiques acquises :
  - fibromes/tumeurs/synéchies/cicatrices
  - anomalies gynécologiques congénitales
  - hypoplasie/utérus bicorne, unicorne ou cloisonné

N. B. *: Facteurs favorisants :*

- *multiparité*
- *enfants en bas âge*
- *bas niveau socio économique*
- *travail pénible debout*
- *trajets importants*
- *âge extrême*
- *petite taille*
- *ATCD de FCS, de menace d'accouchement prématuré, d'AP, d'IVG*

10/ Comment diagnostiquez-vous une béance cervico-isthmique ? +

- Calibrage du col utérin à la bougie de Hégar n°8 (si passe ⇒ dg confirmé)
- Mesure réalisée en dehors de la grossesse ou au 1er trimestre
- Traitement par cerclage à 14 SA

11/ Quelles sont les causes ovulaires de menace d'accouchement prématuré ? +++

- Gémellarité
- Placenta prævia
- Hydramnios
- Malformation fœtale
- Souffrance fœtale (infection…)

12/ Quel examen permet de porter le diagnostic de menace d'accouchement prématuré ? Qu'apporte-t-il ? +

- Enregistrement par tocométrie externe
- Systématiquement réalisé devant toute menace d'accouchement prématuré durant au moins 30 minutes
- Permet :
  - enregistrement de contractions utérines
  - enregistrement du rythme cardio-fœtal
  - pose du diagnostic de menace d'accouchement prématuré
  - apprécier la sévérité de la menace d'accouchement prématuré
  - apprécier le retentissement sur le bien être fœtal

13/ Quel est votre bilan paraclinique d'une menace d'accouchement prématuré ? +++

- Enregistrement tocométrique (0)
- Echographie obstétricale (endovaginale et abdominale)
  - Etudie la présentation, la biométrie, l'existence de souffrance fœtale, de malformation fœtale, l'état du placenta, l'intégrité du cordon, la quantité de liquide amniotique)
- Examens bactériologiques
  - prélèvements vaginaux
  - ECBU
  - hémocultures si hyperthermie
  - bilan listériose
- Bilan biologique
  - NFS, CRP
  - BH
  - Glycémie
- Echographie du col ++
- Fibronectine fœtale ++ :
- Bilan pré thérapeutique :
  - Iono sang, urée creat, calcémie
  - ECG pour la mère

14/ Quels sont les critères pour évaluer le risque d'AP ?+

- Elément du CRAP (âge, donnée staturo-pondéral, ATCD obstétricaux, conditions socio éco.)
- Contexte clinique : CU (rythme, intensité, réponse au traitement)
- Contexte obstétricale : jumeau, Placenta prævia, hydramnios, toxémie
- Eléments para clinique : écho du col (inf à 25/30mm), fibronectine.

15/ Outre le terme de la grossesse, quel autre élément conditionne votre conduite thérapeutique ? +

Intégrité des membranes, si rompues : antibiothérapie

16/ Quels sont les médicaments tocolytiques ?++

- B2 mimétique
- Inhibiteur calcique (Loxen®,...)
- Inhibiteur des récepteurs aux ocytocique (Atosiban®)

***N. B.** : Autre mais jamais utilisé (CI) : AINS*

17/ Que proposez-vous en cas de menace d'accouchement prématuré sévère avec membranes intactes avant 36 SA ? +++

- Hospitalisation en service de grossesses pathologiques (maternité de niveau 1/2/3 selon le terme)
- Bilan pré thérapeutique
- Mise au repos au lit en décubitus latéral gauche (0) (parfois HBPM préventif)
- Tocolyse :
  - en l'absence de contre-indications
  - par Bêta -mimétiques IV toutes les 20 minutes, jusqu'à disparition des C. U.
  - tenter relais per os dès que possible
- Sédatifs à discuter

- Corticoïdes à discuter
- Traitement étiologique (0)
- Surveillance stricte (0)

SI RETOUR A LA MAISON :

- arrêt de travail, repos au lit
- parfois aide ménagère
- antibioprophylaxie si membranes rompues
- arrêt des rapports sexuels quelques jours
- surveillance régulière par une sage-femme (dont fibronectine fœtale)

Mémo : MA COTORE(P) 3A

Maternité niveau 1/2/3
Antioprophylaxie si membrane rompues
COrticoïde à discuter
TOcolytique
Repos
Etiologique traitement
Arrêt travail
Arrêt rapports sexuels
Aide ménagère

18/ Que proposez-vous en cas de menace d'accouchement prématuré à une femme à plus de 36 SA ? +

- Abstention thérapeutique
- Encadrement de la femme pour son futur accouchement
- Il n'existe pas de contre-indication à l'accouchement passé 36 SA

19/ Que proposez-vous à une femme consultant pour menace d'accouchement prématuré à 34 SA, membranes rompues ?

- Pas de tocolyse
- Hospitalisation en service de grossesse pathologiques maternité niveau 2
- Encadrement de la femme et d'un futur prématuré
- Antibiothérapie systématique et prélèvements multiples

20/ Que proposez-vous à une femme entre 28 et 34 SA en menace d'accouchement prématuré, membranes rompues ?

- Hospitalisation
- Repos strict en DLG
- Tocolyse
- Cure de corticothérapie à discuter
- Antibiothérapie prophylactique
- Surveillance

***N. B.** : On accouchera souvent ces femmes vers 34-35 SA*

21/ Quelle est votre attitude en cas d'échec d'une tocolyse chez une femme en menace d'accouchement prématuré sévère ?

- Corticothérapie générale par flash IV pour accélérer la maturation pulmonaire fœtale et diminuer le risque d'hémorragie intra ventriculaire (ex : célestène®)
- Organiser l'accouchement d'un prématuré

22/ Quel critère biologique vous fait arrêter une tocolyse en cas de menace d'accouchement prématuré de plus de 28 SA avec membranes rompues ?

- Positivation des CRP. (ou hyperleucocytose > 18. 000)
- Arrêt de la tocolyse et induction de l'accouchement

23/ Quelles sont les contre-indications à l'emploi des bêta-mimétiques ? +++

- Contre-indication à la tocolyse :
  - SFA, malformation fœtale létale, chorioamniotite, MFIU
  - Souffrance maternelle (HRP, HELLP, préeclampsie ...)
  - Accouchement imminent
- Contre-indications absolues :
  - cardiopathies sévères (CMO..)
  - état de choc
  - troubles du rythme
  - HTA sévère non contrôlée
- Contre-indications relatives
  - hyperthyroïdie
  - HTA modérée
  - hypercalcémie, hypokaliémie
  - diabète
  - glaucome
  - troubles psychiques

24/ Quels sont les effets secondaires des bêta-mimétiques chez la mère ?

- Tachycardie++, céphalées, vertige
- Eréthisme cardiaque, palpitation, HTA
- Tremblement
- Hypokaliémies et hyperglycémies
- OAP
- AVC

N. B. si surdosage : Diminuer voire arrêter les B2 mimétiques jusqu'à βBloquant si très mal toléré (puis reprise à une dose inférieure)

25/ Quelle est la CAT si menace d'accouchement prématuré chez diabétique ou hypertendu. ++

- CI au B2mimetique
- Inhibiteur calcique, ou inhibiteur ocytocique
- (0) glycémie régulière, ou TA régulière

26/ Quel est l'élément crucial d'une surveillance maternelle d'une tocolyse par bêta-mimétiques ? +

La fréquence cardiaque maternelle doit être < 120-130 /min

27/ Quelle est votre surveillance d'une tocolyse par β-mimétiques ? ++

- Tolérance et efficacité du traitement
  - efficacité
    - disparition CU
    - durcissement du col utérin
    - (pas trop de contrôle qui stimule le col)
  - tolérance
    - effets secondaires : pouls (0), TA, température
- 1 à 2 enregistrements tocométriques (0) suivant la gravité de la menace d'accouchement prématuré
- Prélèvements vaginaux/CRP/NFS si membranes rompues

28/ Quelles sont les mesures préventives visant à éviter une menace d'accouchement prématuré ?

- Education de la patiente
  - conseil de repos
  - poste de travail aménagé, arrêt de travail si nécessaire
  - pas de sport violent
  - aide ménagère +/- sage femme à domicile
- Respect des congés de maternité
- Surveillance materno-fœtale
- Suppression des facteurs de risque

29/ Quels sont les risques liés à la prématurité ?+++D

- Mort néonatale
- Respiratoire : (0) MMH, apnée, inhalation méconiale, retard résorption de liquide amniotique
- Métabolique : hypothermie, hypoglycémie, hypocalcémie, anémie
- Digestive : entérocolite ulcéronécrosante, difficulté d'alimentation
- Cardiaque : HTAP, persistance du cana artériel
- Neurologique : Hémorragie intraventriculaire, ischémie périventiculaire
- Hépatique : ictère
- Rénale : tubulopathie
- Infection
- Séquelles : neurologique, sensorielle (oculaire, auditive), psychologique

18-GROSSESSE EXTRA-UTERINE

1/ Quel est le site normal de la fécondation ?

2/ Qu'est-ce qu'une grossesse extra-utérine (GEU) ?

3/ Quels sont les facteurs de risques des GEU ?

4/ Donner le tableau clinique précoce d'une GEU.

5/ Quel examen complémentaire donne le degré de certitude de GEU ?

6/ Face à un tableau précoce de GEU, quelle est votre attitude ?

7/ Quels sont les examens complémentaires devant GEU. +D

8/ Décrivez votre échographie. Quel en est le signe majeur ?

9/ Quels sont les 2 tableaux cliniques tardifs de GEU ?

10/ Quel est votre traitement d'une GEU ?

11/ Que proposez-vous en cas de GEU récidivantes ?

12/ Quelles sont les complications tardives d'une GEU ?

1/ Quel est le site normal de la fécondation ?

- Tiers externe de la trompe utérine

2/ Qu'est-ce qu'une grossesse extra-utérine (GEU) ?

- Implantation du trophoblaste en dehors de la cavité utérine (2/3 cas ampullaire)

3/ Quels sont les facteurs de risque des GEU ? **+++D**

- Séquelles de processus infectieux : Salpingite/péritonite...
- Progestatifs micro dosés
- ATCD de stérilité et ATCD de GEU
- Stérilet
- Malformation tubaire, chirurgie tubaire
- ATCD d'IVG
- ATCD de chirurgie abdomino-pelvienne
- Tabac

4/ Donner le tableau clinique précoce d'une GEU++

- Retard des règles
- Douleurs abdomino-pelviennes
- Métrorragies noirâtres (D) : sépia, peu abondante, récidivantes
- Lipothymie (D)
- Cliniquement :
  - signes sympathiques de grossesse
  - douleurs abdominales à la palpation +/- latéralisées
  - TV douloureux +/- masse latéro-utérine
  - Utérus moins gros que le terme le voudrait
  - Spéculum : col gravide, origine endo-utérine du saignement

5/ Quel examen complémentaire donne le diagnostique de certitude de GEU ? ++

- Cœlioscopie

6/ Face à un tableau précoce de GEU, quelle est votre attitude ? +D

- Interrogatoire :
  - facteurs de risques
  - signes fonctionnels
- Examen clinique complet → Diagnostiques différentiels
- Dosage quantitatif et qualitatif des Bêta HCG plasmatique

(généralement plus bas que le voudrait une grossesse normale)

- Echographie pelvienne (Cf.)

  ⇒ discordance entre βHCG, et écho
- Bilan préopératoire
- Gamma anti d si Rh –
- Traitement (Cf.)

7/ Quels sont les examens complémentaires devant GEU. +D

- β HCG plasmatique qualitatif et quantitatif (0)
- NVSpq (0)
- Gpe Rh RAI (0)
- Si B HCG + : écho pelvienne par voie abdominale et endovaginale
- Iono urée creat

8/ Décrivez votre échographie. Quel en est le signe majeur ? +++D

- Echographie pelvienne abdominale vessie pleine et endovaginale vessie vide
- Cherche :
  - signes directs
    - masse inhomogène latéro-utérine allongée distincte de l'ovaire
    - sac gestationnel a localiser
  - signes directs rarement présents
  - signes indirects :
    - absence de sac vitellin dans l'utérus
    - utérus augmenté de volume
    - épanchement liquidien dans les culs de sac
- Face à un taux de β HCG positif le signe fondamental reste la vacuité utérine

9/ Quels sont les 2 tableaux cliniques tardifs de GEU ?

- Rupture cataclysmique de GEU : choc hémorragique ⇒ laparotomie en urgence
- Hématocèle enkysté : Rupture ancienne évoluant à bas bruit

10/ Quel est votre traitement d'une GEU ? +++D2

- Urgence : pronostic vital engagé
- Hospitalisation et bilan préopératoire
- Mise en condition : a jeun, VVP, scope, sat, O2
- Prévenir la patiente du risque de stérilité, et de conversion en laparotomie
- Rééquilibration des troubles hydro-électrolitique
- Antalgiques

- Traitement varie en fonction de plusieurs éléments
  - Traitement chirurgical dans la majorité des cas :
    sauf tableau cataclysmique :
    → cœlioscopie sous AG pour :
    - examen de l'ensemble de la cavité abdominale
    - prélèvements
    - diagnostic de certitude :
    - hématosalpinx (trompe violacée œdématiée)
    - ou paroi rompue et examen de la trompe collatérale
    - éliminer : diagnostic différentiel
    - thérapie :
      - traitement conservateur : salpingotomie avec aspiration du trophoblaste pas de suture + examen anapath
      - traitement radical par salpingectomie à éviter le plus possible

    → éventuellement laparotomie (en cas d'urgence par exemple)
  - traitement médical : par methotrexate quand : patiente peu symptomatique, β HBG < 5000, activité cardiaque fœtale négative, hémoperitoine < 100cc, stabilité hémodynamique
  - abstention thérapeutique : rarement employé (β HCG < 1000, pas d'hémoperitoine, patiente asymptomatique en plus des critères précédents)
- Surveillance postopératoire

N. B. : Prévention de l'alloimmunisations Rh – (0)

11/ Que proposez-vous en cas de GEU récidivantes ? +

- Si 1ère GEU :
  - conservation de la trompe sauf si plus de désir de maternité
- Si 2ème GEU :
  - salpingectomie si les 2 GEU sont du même côté
  - conservation si GEU controlatérale
- Si 3ème GEU :
  - traitement radical : salpingectomie et stérilisation controlatérale

12/ Quelles sont les complications tardives d'une GEU +D

- Stérilité 2ndaire (65-75%) (0)
- Récidive (8-15%) (0)
- Immunisation fœto-maternelle
- Douleur chronique

20-INFECTIONS FŒTO-MATERNELLES

1/ Quelles sont vos hypothèses diagnostiques devant fièvre + grossesse

2/ Face à une fièvre isolée durant la grossesse, quel est votre bilan de première intention

3/ Quel est le tableau clinique le plus fréquent d'une toxoplasmose acquise ?

4/ A quel terme de la grossesse le risque de contamination fœtale par la toxoplasmose est-il le plus grand ? A quel terme les conséquences sont-elles les plus graves ?

5/ Donnez les conséquences possibles d'une toxoplasmose congénitale en fonction du terme

6/ Quelles sont les atteintes oculaires fœtales de la toxoplasmose ?

7/ Que nécessite un diagnostic sérologique positif de toxoplasmose ?

8/ Quels sont les signes biologiques d'infection fœtale par la toxoplasmose ?

9/ Quels sont les signes échographiques d'atteinte fœtale ?

10/ Quelle est la manifestation clinique la plus fréquente en cas de toxoplasmose contractée au terme de la grossesse ?

11/ Que proposez-vous en cas de tableau clinique de toxoplasmose en périconceptionelle ?

12/ Quelle est votre attitude en cas de séroconversion après 6 SA ?

13/ Face à une toxoplasmose congénitale, citez les éléments de votre bilan à la naissance de l'enfant

14/ Face à une femme « toxo négative », quelle est votre attitude ?

15/ Rappeler le tableau clinique d'une rubéole acquise

16/ Quand le risque de rubéole congénital est-il le plus élevé ?

17/ Quelles sont les conséquences possibles d'une rubéole acquise ?

18/ Quand la sérologie rubéolique est-elle obligatoire ?

19/ Quel est le traitement préventif de la rubéole congénitale ?

20/ En cas de primo-infection rubéolique avant 12 SA, que proposez-vous ?

21/ En cas de primo-infection rubéolique entre 12 et 16 SA, que proposez-vous ?

22/ Lors d'une contamination après 16 SA, quel est votre bilan néonatal ?

23/ Quels sont les risques dus à la listériose

24/ Quel est le traitement d'une listériose durant la grossesse ?

25/ Quel est le traitement prophylactique d'une infection à listeria

26/ Donnez quatre familles d'antibiotiques autorisées tout au long de la grossesse

27/ Quels sont les antibiotiques contre-indiqués pendant la grossesse et quels sont leurs risques

28/ Quelles sont les conséquences possibles d'une syphilis durant la grossesse ?

29/ Quel est votre traitement d'une syphilis en cours de grossesse ?

30/ Quelles sont les conséquences de l'infection par herpes durant la grossesse ?

31/ Quelle est la prévention concernant l'herpès ?

32/ Quelles sont les conséquences d'une infection fœtale à CMV ?

33/ Quelles sont les conséquences d'une infection à parvovirus B19 ?

34/ Quand une infection à HBV se transmet le plus souvent au fœtus ?

35/ Quelle est la prévention concernant l'HBV ?

36/ Quels sont les facteurs favorisant la transmission d'HCV ?

37/ Quels sont les facteurs favorisant la transmission d'HIV ?

38/ Quels sont les moyens de prévention de la transmission du VIH au fœtus ?

39/ Quels sont les médicaments ayant un risque tératogène important sans possibilité de diagnostic anténatal ?

40/ Quels sont les médicaments ayant un risque tératogène important avec possibilité de diagnostic anténatal ?

41/ Quels sont les médicaments à risque fœtal et/ou néonatal ?

42/ Quelles sont les conséquences de l'alcoolisme maternel chez le fœtus ?

43/ Quelle est la limite tolérée concernant la consommation d'alcool durant la grossesse ?

44/ Quels sont les risques augmentés par le tabac sur la grossesse ?

45/ Quel est le traitement d'une pyélonéphrite chez la femme enceinte et sa surveillance ?

1/ Quelles sont vos hypothèses diagnostiques devant fièvre + grossesse+

- Listeria (0)
- PNA (0)
- Chorioamniotite (0)
- Infection virale dont toxo et rubéole
- Autre affections : appendicite, cholécystite, infection ORL, pulmonaire, phlébite/EP ....

2/ Face à une fièvre isolée durant la grossesse, quel est votre bilan de première intention ? +

- ECBU
- NFS CRP
- Hémocultures avec recherche de Listeria
- Prélèvements vaginaux

3/ Quel est le tableau clinique le plus fréquent d'une toxoplasmose acquise ?

- Asymptomatique le plus souvent
- Plus rarement :
    - hyperthermie discrète
    - asthénie sans AEG
    - polyadénopathie cervicale

4/ A quel terme de la grossesse le risque de contamination fœtale par la toxoplasmose est-il le plus grand ? A quel terme les conséquences sont-elles les plus graves ? +

- Le risque de contamination varie selon le terme de la grossesse, ce risque est d'autant plus élevé que le terme est avancé
- Ainsi :
  - 1[er] trimestre : 17 %
  - 2[ème] trimestre : 25 %
  - 3[ème] trimestre : 65 %
  - à terme : 100 %

  de risque de transmission fœtale de la toxoplasmose
- Les conséquences de la toxoplasmose congénitale sont d'autant plus graves que le terme est précoce
- On estime que les conséquences sont les plus graves entre 10 et 16 SA

5/ Donnez les conséquences possibles d'une toxoplasmose congénitale en fonction du terme. +

- Pour la mère : toxoplasmose acquise
- Pour l'enfant toxoplasmose congénitale :
  - avant 24 SA :
    - avortements
    - morts in utéro
    - atteintes neurologiques (microcéphalie, encéphalomyélite)
    - calcifications intracrâniennes
    - dilatation ventriculaire
    - atteintes oculaires (cf.), et auriculaire (surdité)
    - choriorétinite maculaire pigmentée
  - après 24 SA :
    - choriotétinite périphérique
    - calcifications intracrâniennes
    - hépatite
    - purpura

--

6/ Quelles sont les atteintes oculaires fœtales de la toxoplasmose ?

- Chorinétinite maculaire pigmentée++
- Microphtalmie
- Cataracte congénitale
- Strabisme, nystagmus

7/ Que nécessite un diagnostic sérologique positif de toxoplasmose ?

- Deux prélèvements sanguins réalisés à 15 jours d'intervalle dans un même laboratoire
- Avec recherche d'IgM (test de Remington/immunofluorescence) et recherche d'IgG (Dye test)
- On parle de sérologie positive si
  - IgM positive
  - ascension de IgG à 15 jours
  - il s'agit d'une toxoplasmose d'évolution rapide

8/ Quels sont les signes biologiques d'infection fœtale par la toxoplasmose ?

- Sang maternel : séroconversion toxoplasmique
- Diagnostic par amniocentèse (6 semaines après l'infection) avec recherche du toxoplasme par PCR++
- Si doute diagnostic sur le Sang fœtal par ponction de sang ou cordon :
  - signes directs
    - présence IgM
    - présence du parasite par PCR
    - +/-culture sur fibroblastes et inoculation à la souris
  - signes indirects :
    - hyperéosinophilie
    - hypoplaquetose
    - augmentation de LDH
    - augmentation des gammes GT

9/ Quels sont les signes échographiques d'atteinte fœtale ?

- Atteinte du placenta (qui précède toujours d'atteinte fœtale)
  - épaississement du placenta
- Atteinte fœtale :
  - hypotrophie
  - hydrocéphalie
  - calcifications intracrâniennes
  - dilatation ventriculaire
  - hépatosplénomégalie
  - ascite
  - interruption thérapeutique de grossesse proposée

10/ Quelle est la manifestation clinique la plus fréquente en cas de toxoplasmose contractée au terme de la grossesse ?

- Ictère néonatal à bilirubine conjuguée

11/ Que proposez-vous en cas de tableau clinique de toxoplasmose en périconceptionnelle ? ++

- Diagnostic sérologique par deux prélèvements
- Traitement par spiramycine® (débuté dans l'intervalle pour certain, après les deux sérologies pour d'autre) : 3g/jour
- Réalisation d'une échographie obstétricale si sérologie positive
- Surveillance

N. B. : On parle de « périconceptionelle » avant 6 SA

12/ Quelle est votre attitude en cas de séroconversion après 6 SA ? ++

- Mise d'emblée sous spiramycine® 3g/j
- Bilan recherchant atteinte fœtale :
  - Réalisation d'une amniocentèse avec étude par PCR après 20SA
  - Si doute ponction de sang de cordon
- Si pas d'atteinte poursuivre le traitement par spiramycine® et la surveillance échographique (toutes les 4/6 semaines)
- Si atteinte fœtale :
  - remplacement du traitement par pyriméthamine-sulfamide (fansidar®) + acide folinique
  - échographie obstétricale :
    - si signe d'atteinte fœtale grave (microcéphalie, hydrocéphalie) ⇒ ITG
    - sinon traitement par fansidar® poursuivi jusqu'à l'accouchement

13/ Face à une toxoplasmose congénitale, citez les éléments de votre bilan à la naissance de l'enfant. +

- Examen clinique complet (neurologique..)
- FO bilatéral comparatif recherchant choriorétinite
- Bilan biologique :
  - NFS cherchant anémie/hyperéosinophilie/hypoplaquetose
  - bilan hépatique cherchant :
    - ↗ gamma Gt
    - ↗ LDH
    - ↗ Bilirubine
  - sérologie sur sang de cordon (IgM)
  - inoculation à la souris
- Examen anatomopathologique du placenta
- Radiographie crâne cherchant calcifications
- Echotransfontannelaire cherchant dilatation ventriculaire +/- TDM
- Ponction lombaire cherchant une dissociation albumino cytologique
- Bilan à la naissance et à 10 semaines de vie

N. B. : Traitement systématique pendant deux mois si l'enfant est indemne (quand l'amniocentèse est positive), 2 ans ou plus si l'enfant est atteint

14/ Face à une femme « toxo négative », quelle est votre attitude ? +++

- Education de la patiente
  - en dehors d'une grossesse, lui conseiller l'exposition au toxoplasme
  - en présence d'une grossesse : attitude contraire :
    - lavage fréquent des mains
    - éplucher fruits et légumes et lavage soigneux
    - manger viande très cuite
    - éloigner chats et litières de chats
- Surveillance sérologique :
  - prénuptiale
  - prénatale puis 1 fois par mois durant la grossesse au minimum

15/ Rappeler le tableau clinique d'une rubéole acquise

- Asymptomatique fréquemment (> 1/3 cas)
- Parfois :
  - après une inoculation de 15 à 20 jours
  - invasion : syndrome grippal
  - éruption : morbiliforme puis scarlatiniforme non prurigineuse
  - hyperthermie discrète
  - adénopathies (occipitales++)

16/ Quand le risque de rubéole congénital est-il le plus élevé ?

- Première partie de la grossesse : 12 premières SA

17/ Quelles sont les conséquences possibles d'une rubéole acquise ? +

- Mort fœtale in utéro
- Avortement précoce
- Embryopathie (< 16SA) : rubéole congénitale avec la triade de Gregg
  - atteinte oculaire : cataracte/choriorétinite/glaucome/microphtalmie
  - atteinte de l'oreille : lésions de l'organe de corti/lésions cochléaires
  - atteinte cardiaque : sténose de l'artère pulmonaire/persistance du canal artériel+++/coarctation de l'aorte
- Fœtopathie (16/20 SA) :
  - microcéphalie
  - micrognathie et hypoplasie dentaire
  - microphtalmie, meningœncephalite
  - myocardite
  - pneumonie interstitielle
  - cryptorchidie
  - RCIU
- Retard mental

18/ Quand la sérologie rubéolique est-elle obligatoire ?

- Examen prénuptial
- Déclaration de la grossesse

19/ Quel est le traitement préventif de la rubéole congénitale ?

- Vaccination de masse contre la rubéole par virus vivant atténué pratiquée sous contraception pour les femmes en période d'activité génitale 1 mois avant et 2 mois après l'injection

20/ En cas de primo-infection rubéolique avant 12 SA, que proposez-vous ? +

- ITG sans examen diagnostic

21/ En cas de primo-infection rubéolique entre 12 et 16 SA, que proposez-vous ? +

- Prouver la contamination fœtale
  - Amniocentèse après 20 SA++
  - Si doute ponction de sang fœtale
- Pour réaliser :
  - PCR ++
  - recherche des IgM totales
  - dosage IgM spécifiques (immuno-capture)
  - dosage de l'interféron
  - culture virale
- Si contamination prouvée :
  - ITG
  - sinon surveillance échographique mensuelle

***N. B.** : Après 16 SA, risque quasi nul⇒ échographies mensuelles*

22/ Lors d'une contamination après 16 SA, quel est votre bilan néonatal ?

- Examen clinique complet : cardiaque/respiratoire/neurologique
- FO
- Examen ORL (audition)
- Radio Crâne +/- TDM
- Echo-cœur
- Bilan biologique

23/ Quels sont les risques dus à la listériose ?++

- menace d'accouchement prématuré -AP
- FCS-MFIU
- Septicémie néonatale, syndrome méningé, chorioamniotite
- Séquelles neurologiques

***N. B.** : Tableau clinique : syndrome pseudo grippal*

24/ Quel est le traitement d'une listériose durant la grossesse ? +

- Antibiothérapie par Amoxiciline
- 6g/jour
- IV pendant 48 h puis relais per os
- Jusqu'à l'accouchement

25/ Quel est le traitement prophylactique d'une infection à listeria ?+

- Prophy primaire :
  - Lavage des mains avant et après repas
  - Eviter le fromage
  - Bien cuire la viande
  - Laver les fruits et légumes et les éplucher
- Prophy primaire : AB par Amox per os quand fièvre

26/ Donnez quatre familles d'antibiotiques autorisés tout au long de la grossesse.

- Pénicillines
- Céphalosporines
- Macrolides
- Polypeptides

27/ Quels sont les antibiotiques contre-indiqués pendant la grossesse et quels sont leurs risques ? D2

- Cycline : Hypoplasie dentaire, coloration jaune des dents
- Bactrim : Tératogène, hématotoxicité (ictère par anémie hémolytique)
- Fluorokinolone : Atteinte du cartilâge de conjugaison, hémolyse
- Aminoside : Oto et nephrotoxicité

28/ Quelles sont les conséquences possibles d'une syphilis durant la grossesse ?

- 1er trimestre : Théoriquement pas de conséquences
- A partir du 2ème trimestre :
  - Mort in utéro
  - Avortement et fausse couche
  - Accouchement prématuré
  - Hydramnios
  - Atteintes méningées
  - Lésions osseuses
  - Hépatomégalie
  - Pemphigus palmoplantaire

29/ Quel est votre traitement d'une syphilis en cours de grossesse ?

- Antibiothérapie par Extencilline® IM 2,4 Millions d'unités (1,2 dans chaque fesse) en l'absence de CI avec prévention du phénomène d'Herxeimer : Prédnisone 0,5 mg/hg/j
- Une 2ème cure d'antibiotique sera réalisée a la fin du 6ème mois
- Bilan MST et dépistage partenaire
- Examen anapath du placenta et sérologie dans le sang de cordon (FTA abs)
- Antibiothérapie pour le nouveau-né à discuter
- Surveillance

30/ Quelles sont les conséquences de l'infection par herpès durant la grossesse ?

- En cas de primo infection maternelle : risque de FCS, d'AP, risque de forme grave pour la mère (pneumopathie..)
- Herpes néonatal (contamination durant l'accouchement) : risque majeur mais rare associant : méningo-encéphalite, hépatite, pneumopathie, atteinte cutanée généralisée > 50% de décès ou de séquelle neurologiques lourdes

31/ Quelle est la prévention concernant l'herpès ? ++

- Dépistage des femmes à risque par l'interrogatoire
- Voie basse autorisée en l'absence de lésion clinique visible
- Si poussée dans le mois précédant l'accouchement : prélèvement tous les 5 à 7 j et voie basse si le dernier prélèvement est négatif
- Pour certains traitements de la mère par aciclovir en cas de poussée après la 34ème semaine
- Si les prélèvements ne sont pas disponibles lorsque la patiente est en travail césarienne si :
  - primo infection dans les 3 dernières semaines
  - récurrence dans la dernière semaine
  - lésions visibles
- Césarienne non justifiée si rupture des membrane > 6 h
- Dans tous les cas ou la voie basse est acceptée :
  - désinfection de la filière génitale pendant le travail et l'accouchement
  - pansement occlusif si lésion à distance de la vulve
  - interdiction de tout traumatisme du scalp fœtal (électrode interne, relèvement pour Ph)
  - désinfection du bébé et collyre virucide (aciclovir) a la naissance
  - prélèvement chez l'enfant et traitement par aciclovir IV si positifs

32/ Quelles sont les conséquences d'une infection fœtale à CMV ?

- 80% pas de conséquence
- 10% surdité
- 10% forme sévère (RCIU, microcéphalie, hydrocéphalie..)

33/ Quelles sont les conséquences d'une infection à parvovirus B19 ?

- Anémie fœtale transitoire
- Forme sévère : anasarque avec risque de MFIU

***N. B.** : Si survie : aucune séquelle*

34/ Quand une infection à HBV se transmet le plus souvent au fœtus ?

- Quand le virus se réplique c'est-à-dire quand :
  - l'ADN viral
  - ou l'antigène HBe

  } sont présent (transmission dans 90 % cas)

***N. B.** : Conséquence : 90% passage a la chronicité sans traitement*

35/ Quelle est la prévention concernant l'HBV ? +

- Vaccination des mères
- Dépistage à M6 par recherche HBs
- Sérovaccination à la naissance d'un bébé naissant d'une mère HBV+

***N. B.** : Pas de contre indication a l'allaitement*

36/ Quels sont les facteurs favorisant la transmission d'HCV ?

- La charge virale
- Coninfection par le VIH

***N. B.** : Prévention en périconceptionel par de l'interféron a2*

Pas de contre indication a l'allaitement

37/ Quels sont les facteurs favorisant la transmission d'HIV ? +

- Facteurs maternels : infection symptomatique (SIDA), charge virale élevée, CD4 bas
- Facteurs obstétricaux : rupture prématurée des membranes, AP, chorioamniotite
- Allaitement (0)

***N. B.** : La césarienne diminue le risque si elle est effectuée en dehors du travail à membrane intacte chez les femmes traitées par AZT*

38/ Quels sont les moyens de prévention de la transmission du VIH au fœtus ? +

- Dépistage de l'infection maternelle (séro VIH proposé au début de grossesse)
- Suivi de grossesse VIH + par un obstétricien et un infectiologue
- Discuter un traitement antiviral :
  - si la mère n'est pas traitée ou sans indication de traitement (avec CD4 > 500) : AZT seul après 20 SA
  - si la mère est traitée ou avec indication de traitement : traiter selon les même modalités quand dehors de la grossesse
- A l'accouchement :
  - césarienne quand réalisé en dehors du travail, à membrane intacte, chez une femme ayant de l'AZT seul (a discuter sinon)
  - perfusion systématique d'AZT
- Après la naissance :
  - traitement du nouveau né par AZT 4 semaines
  - allaitement artificiel systématique
  - suivi prolongé des enfants

39/ Quels sont les médicaments ayant un risque tératogène important sans possibilité de diagnostic anténatal ?

- Roaccutane®
- Soriatane®

***N. B.** : Contraception obligatoire lors de la prescription de ces médicaments (jusqu'à 2 mois après pour le roaccutane®, et 2 ans pour le soriatane®)*

40/ Quels sont les médicaments ayant un risque tératogène important avec possibilité de diagnostic anténatal ?

- Lithium
- Certains anti épileptique : dépakine®, tegretol®
- Anticoagulant oraux

***N. B.** : Lors d'un traitement par dépakine® : traitement par acide folique en périconceptionnel, vitamine D un mois avant l'accouchement, et vitamine K 1 semaine avant et après l'accouchement*

41/ Quels sont les médicaments à risque fœtal et/ou néonatal ?

- AINS
- IEC
- Inducteur enzymatique (rifampicine®, phénobarbital®)
- Psychotrope : NLP, ADT, IRS, BZD
- Dépakine®
- β bloquant

42/ Quelles sont les conséquences de l'alcoolisme maternel chez le fœtus ?

- Syndrome d'alcoolisme fœtal associant :
  - retard de croissance
  - dysmorphie cranio faciale avec :
    - front bas, bombé étroit, parfois hirsute
    - arcade sourcilière aplaties, fente palpébrale rétrécie
    - ensellure nasale prononcée (+)
    - philtrum allongé (+), lèvre supérieure mince (+)
    - rétrognatisme important (+)
    - oreille basse et décollée
  - malformation congénitale associes (cardiopathie, fente labio palatine ...)
  - atteinte neuro comportementale (retard mental...)

43/ Quelle est la limite tolérée concernant la consommation d'alcool durant la grossesse ?

- 30 g par jour

***N. B.** : On conseillera une abstention complète*

44/ Quels sont les risques augmentés par le tabac sur la grossesse ?++

- GEU
- Hypotrophie et RCIU
- Prématurité, menace d'accouchement prématuré -AP
- Placenta prævia –HRP
- Hémorragie de la délivrance

45/ Quel est le traitement d'une pyélonéphrite chez la femme enceinte et sa surveillance ?+++D2

Hospitalisation en urgence, urgence thérapeutique

- Repos en Décubitus latéral
- Mise en condition : 2 VVP, monitoring fœtal
- ATB IV : C3G (claforan®) IV relai per os a 48h d'apyrexie durant 3 semaines
- Pour certain, aminosides autorisés
- Traitement symptomatique : antalgique, antispasmodique : spasfon® doliprane®
- Boisson abondante
- Pour certains traitements de la menace d'accouchement prématuré si elle existe après avoir éliminé la chorioamnotite
- Surveillance :
  - SF (dl, CU...)
  - Pouls TA, température, diurèse
  - Mouvements actifs fœtaux, RCF 2x/j
  - Bio : NVS, CRP iono urée creat
  - ECBU à h48 et une semaine après la fin du traitement (0)
  - Puis 1BU/2 sem, 1ECBU par mois jusqu'à la fin de la grossesse (0)
  - 3 mois après l'accouchement : UIV, protéinurie des 24h, ECBU, urée créat

22- ACCOUCHEMENT DELIVRANCE ET SUITES DE COUCHES NORMALES

1/ Définissez un accouchement.

2/ Donner les principales dimensions du bassin osseux féminin.

3/ Donner les limites anatomiques du détroit supérieur.

4/ Qu'appelle-t-on le plan de d'engagement de la présentation.

5/ Qu'est-ce que le Magnin ?

6/ Une femme présentant un Magnin à 25 cm est-elle exposée à un accouchement dystocique par trouble de l'engagement ?

7/ Donner les repères surveillés dans un accouchement.

8/ Situez un accouchement à terme.

9/ Décrivez les présentations céphaliques et leur fréquence respective.

10/ Citer les autres présentations possibles.

11/ Quelles sont les présentations toujours dystociques ? Quelle est leur conséquence ?

12/ Quel est votre interrogatoire d'une femme en travail ?

13/ Quelle est votre attitude face à une femme en travail aux urgences ?

14/ Quelle est votre surveillance d'un accouchement ?

15/ Détaillez deux signes cliniques permettant d'affirmer l'engagement d'une présentation

16/ Donnez un faux positif fréquent du signe de Farabœuf

17/ Quelles sont les caractéristiques des contractions durant l'accouchement

18/ En ce qui concerne les modifications du col utérin, qu'est-ce qui différencie la primipare de la multipare ?

19/ Quand parle-t-on de dilatation complète ?

20/ En l'absence de rupture spontanée des membranes, quand proposez-vous de les rompre

21/ Décrivez la progression du mobile fœtal durant l'accouchement

22/ Où se font la descente et la rotation du mobile fœtal ?

23/ Qu'appelle-t-on le plan de dégagement de la présentation ?

24/ Décrivez vos gestes au cours de l'expulsion

25/ Quelles sont les étapes de la délivrance

26/ Comment savez-vous si le placenta est décollé ou non ?

27/ En l'absence de décollement placentaire, quand pratiquez-vous la révision utérine ?

28/ Pourquoi existe-t-il une dystocie de démarrage dans les accouchements par le siège

29/ Quelle est votre attitude en cas de procidence du cordon ?

30/ Dans quel site anatomique s'effectue une anesthésie péridurale ?

31/ Quels sont les examens complémentaires avant une péridurale ?

32/ Décrire un rythme cardiaque fœtal normal.

33/ Quelle est votre première hypothèse devant des décélérations du rythme cardiaque fœtal durant les CU ?

34/ Qu'est-ce qu'un accouchement normal ?

1/ Définissez un accouchement

- Ensemble des phénomènes aboutissant à la sortie du fœtus et de ses annexes sur une grossesse de plus de 22 SA : travail + expulsion + délivrance

2/ Donner les principales dimensions du bassin osseux féminin

- Détroit supérieur :
  - Promotorétropubien : 10, 5cm
  - Transverse médian : 12, 5 cm
- Détroit moyen : 10, 8 cm
- Détroit inférieur :
  - Transverse bi ischiatique : 12, 5 cm
  - Sous sacro sous-pubien : 11 cm

3/ Donner les limites anatomiques du détroit supérieur

- En avant : bord supérieur de la symphyse pubienne
- En arrière : le promontoire
- Latéralement : lignes innominées

4/ Qu'appelle-t-on le plan d'engagement de la présentation ?

- Orifice supérieur du détroit supérieur du bassin osseux maternel

5/ Qu'est-ce que le magnin ?

- Somme exprimée en centimètre du promotorétropubien (10, 5 cm) et du tranverse médian (12, 5 cm)
- deux dimensions caractérisant le détroit supérieur
- Un Magnin normal étant de 23 cm

N. B. : < 20cm ⇒ césarienne fréquente

6/ Une femme présentant un magnin à 25 cm est-elle exposée à un accouchement dystoxique par trouble de l'engagement ?

- Oui
- Un Magnin supérieur à la normale peut être faussement confortable le promotorétropubien peut être plus allongé que le transverse médian qui peut être pathologique

7/ Donner les repères surveillés dans un accouchement. +

- Repères fœtaux : sutures crâniennes
  - petite fontanelle (fontanelle Lambda) (= postérieure)
  - suture sagittale
- Repères maternels :
  - sinus sacro-iliaque en arrière
  - éminence iliopectinée en arrière

8/ Situez un accouchement à terme

- Entre le début de la 38 SA et la fin de la 42 SA

9/ Décrivez les présentations céphaliques et leur fréquence respective

- En présentation céphalique : 4 présentations possibles
  - occipito-iliaque gauche antérieure (57 %)
  - occipito-iliaque droite postérieure (33 %)
  - occipito-iliaque gauche postérieure (6 %)
  - occipito-iliaque droite antérieure (4 %)

10/ Citer les autres présentations possibles

- Siège
- Fléchies ou sommet
- Défléchies en face
- Flexion intermédiaire primaire : front
- Transverse ou oblique

11/ Quelles sont les présentations toujours dystociques ? Quelle est leur conséquence ?

- Flexion intermédiaire : Font
  - toujours dystocique : impose une césarienne
- Transverse
  - toujours dystocique : version par manœuvre externe. si échec, césarienne

N. B. : les présentations par la face sont théoriquement eutociques responsables de la naissance d'enfants aux visages bleus et enflés (réversibles)

12/ Quel est votre interrogatoire d'une femme en travail ?

- Terme de la grossesse +++
- Eléments pathologiques :
  - hyperthermie
  - contage
  - traumatisme
  - hémorragie
- ATCD personnels
- Suivi de la grossesse, et pathologie de la grossesse (HTA...).)
- Existence d'une anomalie fœtale et/ou biométrique
- Date du début des contractions
- Caractères des contractions :
  - Totales/douloureuses/involontaires/régulières
- Perte du bouchon muqueux ? des eaux ?

13/ Quelle est votre attitude face à une femme en travail aux urgences ? +++

- Urgence
- Admission en service d'obstétrique : femme au repos en salle de travail
- Interrogatoire (Cf.)
- Examen clinique : (TPHAx2)
  - TA/pouls/température/poids/BU
  - périmètre abdominal et hauteur utérine
  - palpation abdominale : présentation
  - examen au spéculum : métrorragie/leucorrhées
  - toucher vaginal en l'absence de CI
    - état du col : centré/dilaté/ramolli/longueur (BISHOP)
    - efficacité des CU
    - engâgement (cf.)
- Pose d'un monitoring pour enregistrement
- Voie veineuse, SU
- Bilan pré op. , et pré péridural
- Surveillance

14/ Quelle est votre surveillance d'un accouchement ? +++

- Surveillance maternelle en salle de travail :
  - TA toutes les 15 minutes
  - pouls
  - douleur
  - contractions utérines
  - hémorragie
- Surveillance du col utérin
  - 1 TV toutes les 1/2 heures puis tous les 1/4 heures (même opérateur) pour progression dilatation/ouverture/descente/état de ses membranes
- Surveillance progression du mobile fœtal
  - engagement
  - descente
- Surveillance du liquide amniotique
- Surveillance du rythme cardiaque fœtal et des contractions
- Informations répertoriées sur un partogramme++

15/ Détaillez deux signes cliniques permettant d'affirmer l'engagement d'une présentation. ++

- Signe de Farabœuf :
  - par toucher vaginal bidigital
  - deux doigts sous la symphyse sont arrêtés par la présentation avant la 2ème pièce sacrée
- Signe de Lorier : (moins utilisé)
  - par palpation abdominale
  - le moignon de l'épaule est à moins de 7 cm du bord supérieur de la symphyse pubienne

16/ Donnez un faux positif fréquent du signe de Forabœuf ? +

- Bosse sérosanguine
- Arrêt des doigts au TV avant la 2ème pièce sacrée par la bosse et non par la présentation

17/ Quelles sont les caractéristiques des contractions durant l'accouchement ? ++D

- Spontanée, intermittente, avec un relâchement dans l'intervalle
- Rythmée, involontaire, totale, douloureuse, augmentant en intensité en durée et en fréquence
- Prolongée (> 20 sec) rapprochée
- Efficace++ (modifie le col)

18/ En ce qui concerne les modifications du col utérin, qu'est-ce qui différencie la primipare de la multipare ?

- Primipare : deux phases successives de modifications du col
  - effacement
  - dilatation (7 à 10 heures) (1cm/h)
- Multipare : deux phases sont simultanées (3 heures)

19/ Quand parle-t-on de dilatation complète ?

- Effacement complet du col dilaté et ouvert à 10 cm

20/ En l'absence de rupture spontanée des membranes, quand proposez-vous de les rompre ?

- A 5 cm de dilatation : rupture de la poche des eaux durant une contraction utérine (accélère le travail)

21/ Décrivez la progression du mobile fœtal durant l'accouchement++

- Engagement : franchissement du détroit supérieur (en OIGA le plus souvent) par l'équateur de la présentation ++
- Progression dans la filière génitale dans deux plans :
  - dans le plan sagittal :
    - descente de la tète fœtale selon l'axe ombilico-coxygien
    - tête rencontre le plancher périnéal
    - tête amorce alors sa déflexion vers l'orifice vulvaire
  - dans le plan frontal :
    - rotation intra pelvienne à 45° (Quand OIGA)

    qui amène le grand axe (sous occipito bregmatique) de l'OGIA en antéropostérieur (occipito pubien) pour le franchissement du détroit inférieur

22/ Où se font la descente et la rotation du mobile fœtal ?

- Lors du franchissement du détroit moyen (canal osseux inextensible limité par les épines sciatiques correspondant à l'excavation de la filière génitale)

23/ Qu'appelle-t-on le plan de dégagement de la présentation ?

- Détroit inférieur

24/ Décrivez vos gestes au cours de l'expulsion+

- Déflexion progressive :
  - une main en contre pulsion sur le crâne fœtal
  - autre main accroche le menton à travers le périnée
- Dégagement de la présentation par « mouchage » :
  - descendre le périnée pour dégagement complète de la tête du fœtus
- La tête sortie, l'accoucheur amène les épaules en antéropostérieur (mouvement de restitution : rotation de 90°)
- Traction douce vers le bas puis à l'horizontal

25/ Quelles sont les étapes de la délivrance ?+

- Rémission :
  - pas de contraction douloureuse pendant 15 min
  - Utérus dur, régulier, rétracté (fond utérin a l'ombilic)
- Décollement placentaire :
  - reprise des contractions, petit saignement
  - Extériorisation du cordon sur 10-15 cm autour la vulve
  - Remontée du fond utérin
- Expulsion : par le poids du placenta et les contractions et les mains de l'accoucheur
- Hémostase physiologique

26/ Comment savez-vous si le placenta est décollé ou non ? ++D

- Manœuvre clinique :
  - cordon ombilical coupé
  - pince fixée à son extrémité
  - pression exercée sur l'abdomen au niveau du fond utérin

→ si le placenta est fixé : le cordon (et la pince) remonte durant la pression

→ si le placenta est décollé : le cordon reste immobile

27/ En l'absence de décollement placentaire, quand pratiquez-vous la révision utérine ? D

- En cas d'urgence
- Sinon, au bout de 30 minutes

28/ Pourquoi existe-t-il une dystocie de démarrage dans les accouchements par le siège ?

- Problème purement mécanique :
- Dans les accouchements céphaliques, la tête du fœtus épouse le col utérin et travaille pleinement le col favorisant sa dilatation, son ouverture et le lancement de l'accouchement
- Dans les accouchements par le siège, ce sont les fesses ou les pieds du fœtus qui travaillent le col, et l'épousant moins bien, l'action est moins efficace

29/ Quelle est votre attitude en cas de procidence du cordon ?

- Urgence absolue mettant en jeu le pronostic fœtal

Passage immédiat de la patiente en salle d'opération pour césarienne

- Ce transfert s'effectuera avec la main d'un obstétricien ou d'une sage-femme plaquée contre la présentation, s'opposant plus avant à la descente du fœtus qui aggraverait son asphyxie (main maintenue jusqu'à l'extraction fœtale)

***N. B. :** Procidence du cordon : le cordon passe en avant de la présentation et sera comprimé durant l'accouchement*

30/ Dans quel site anatomique s'effectue une anesthésie péridurale ? +

- Espace péridural limité par
  - la dure mère
  - corps vertébraux et ligaments jaunes

31/ Quels sont les examens complémentaires avant une péridurale ++

- Consultation anesthésie
- Gpe Rh, RAI (0)
- NFS pq, TP, TCA

32/ Décrire un rythme cardiaque fœtal normal+++

- Rythme de base autour de 140 pulsations/min
- (normal entre 120 et 160)
- Oscillations entre 10 et 20 battements/min (normooscilant)
- Réactivité : accélérations par les mouvements fœtaux (pas par les contraction) (normoreactif)
- Pas de ralentissement
- Pas de modification durant une contraction utérine

33/ Quelle est votre première hypothèse devant des décélérations du rythme cardiaque fœtal durant les CU ?

- Circulaire serré
- Fœtus étranglé par son cordon ombilical qui serre un peu plus à chaque contraction utérine

34/ Qu'est-ce qu'un accouchement normal ?

- Définition donnée à posteriori :
  - grossesse normale
  - fœtus normal
  - pas de disproportion fœto-maternelle
  - début de travail spontané
  - déroulement eutocique
  - sans souffrance fœtale
  - délivrance normale

(HP/22)-HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE

1/ Donner la définition précise d'une hémorragie de la délivrance

2/ Quel est votre premier geste face à une hémorragie de la délivrance ?

3/ Quelles sont les principales étiologies des hémorragies du post partum ?

4/ Une déchirure vaginale peut-elle être responsable d'une hémorragie de la délivrance ?

5/ Sur quels signes suspectez-vous une hémorragie de la délivrance ?

6/ De quels moyens disposez-vous pour prévenir une hémorragie de la délivrance ?

7/ Décrivez votre examen d'un placenta

8/ Quelle est votre attitude en cas d'hémorragie après accouchement ?

9/ Qu'est-ce qu'un placenta acreta ?

10/ Quel est votre bilan biologique face à une hémorragie de la délivrance ?

11/ Qu'évoque une absence de montée laiteuse et de retour de couche après un accouchement hémorragique ?

1/ Donner la définition précise d'une hémorragie de la délivrance

- Perte de sang supérieure à 500 ml survenant dans les 24 heures suivant l'accouchement, en provenance de l'aire insertion du placenta

N. B. : Hémorragie du post partum : hémorragie de la délivrance + hémorragie de la filière génitale

2/ Quel est votre premier geste face à une hémorragie de la délivrance ? ++

- Révision utérine
  - Sous AG si possible (ne retardera pas le geste) sous conditions d'asepsie
  - Introduction de la main dans la cavité utérine pour obtenir un décollement de Lolis placentaires et une évacuation des caillots sanguins
- Geste salvateur +++

3/ Quelles sont les principales étiologies des hémorragies du post partum ? +

- Pathologies de la délivrance
  - Non décollement placentaire
    - o inertie utérine : épuisement musculaire/travail prolongé/ atonie après accouchement rapide/surdistension utérine/ fibrome/malformation
    - o hypertonie utérine
    - o Anomalies placentaires

      anomalies d'insertion : acreta/percreta

      anomalies morphologiques

      localisations anormales : placenta prævia
  - Fautes techniques : traction sur le cordon/expression inopinée
  - Inertie utérine (cf. avant)
  - Délivrance incomplète
- Troubles de l'hémostase : HRP/mort fœtale in utéro /CIVD/embolie amniotique/HELLP
- Autres hémorragies : déchirure cervicale, vaginale vulvaire, rupture utérine

4/ Une déchirure vaginale peut-elle être responsable d'une hémorragie de la délivrance ?

- Stricto sensu : non
- Peut causer une hémorragie massive mais le sang ne provient pas de l'aire d'insertion du placenta

5/ Sur quels signes suspectez-vous une hémorragie de la délivrance ?

- Hémorragie extériorisée par les voies génitales : dg. évident
- Signes indirects :
  - pouls rapide et filant
  - chute tensionnelle et autres signes de choc
  - euphorie/soif/agitation
  - hématomes pelviens
  - inertie utérine
  - augmentation du globe utérin de sécurité (qui dépasse l'ombilic)

6/ De quels moyens disposez-vous pour prévenir une hémorragie de la délivrance ? +

- Accouchements médicalisés
  - en structure hospitalière
  - avec surveillance materno-fœtale durant toute la grossesse
- Voie veineuse avant tout accouchement
- 5 unités d'ocytociques (type Syntocinon®) en IVD au moment du dégagement des épaules dans les accouchements céphaliques (délivrance dirigée)
- Respecter la physiologie de la délivrance (expression naturelle après le décollement)
  - Pas de traction sur le cordon ombilical avant déclenchement
  - Révision utérine après 30 minutes, en l'absence d'expulsion du placenta

- Examen macroscopique du placenta
- R. U. au moindre doute
- Examen sous valves pour rechercher une plaie sur la filière génitale
- Surveillance : deux heures en salle de travail (pouls/TA/globe utérin tous les 1/4 heures) puis toutes les heures

*7/ **Décrivez votre examen d'un placenta.** +*

- Vérifier si le placenta est complet (poids placenta =1/6 poids bébé)
- Examen du cordon : deux artères 1 veine
- Examen de la face maternelle :
  - morceau manquant ⇒ RU
  - signe d'HRP
  - rupture d'un sinus marginal
  - signes d'infarctus placentaire
  - cotylédon aberrant, vélamenteux
- Examen de la face fœtale :
  - étude des membranes (complète lisse avasculaire, petit coté > 10 cm)
  - recherche de lésions blanchâtres (infection) (listériose)
  - recherche de nodules grisâtres (Amnios nodosum) témoignant d'une pathologie urinaire fœtale
- Examen sous bon éclairage immédiatement réalisé après l'expulsion
- Examen anapath et/ou bactério selon les cas

*8/ **Quelle est votre attitude en cas d'hémorragie après accouchement ? +++D***

- Traitement symptomatique du choc :
  - expansion volémique par macromolécules
  - bilan pré transfusionnel et commande de culots globulaires (0)
  - équilibrer les désordres hydroélectrolytiques
  - 02 nasal/scope /sat/2 VVP

- Dans le même temps :
  - Si hémorragie avant la délivrance naturelle : délivrance artificielle
  - Révision utérine en extrême urgence (0) sous asepsie parfois sous antibioprophylaxie
  - plus ou moins associée à un examen sous valves pour suture des plaies hémorragiques
  - Vidange vésicale
  - Massage utérin externe
  - Ocytociques : 5U de syntocinon en IV
  - Si échec : Prostaglandines E2 type Nalador en IV
  - (1 ampoule dans 50 cc de G5% en 5 heures)
  - Si échec : tamponnement mécanique
  - Si échec : embolisation sélective en radiologie interventionelle
  - Si échec : ligature des artères hypogastriques
  - Si échec : hystérectomie d'hémostase
  - Surveillance

9/ Qu'est-ce qu'un placenta acreta ? +

- Anomalie d'insertion du placenta : adhésion au myomètre

N. B. : Placenta percreta : villosités jusqu'à la séreuse

10/ quel est votre bilan biologique face à une hémorragie de la délivrance ? +D

- Bilan pré transfusionnel
  - Gr/Rh/RAI (0)
    2 déterminations
- Bilan de la coagulation
  - TP/TCA
  - Facteurs II, V, VII, X
  - fibrinogène
  - PDF et complexes solubles
- GDS artériels

11/ Qu'évoque une absence de montée laiteuse et de retour de couche après un accouchement hémorragique ?

- Syndrome de Sheehan par nécrose hypophysaire
- Suspectée devant :
  - pas de montée laiteuse
  - pas de retour de couches
  - pâleur
  - dépilation

tableau de panhypopituitarisme

25-SUITES DE COUCHES PATHOLOGIQUES (POST PARTUM)

1/ Qu'est-ce que le post-partum ?

2/ Que sont les tranchées ?

3/ Quelle est la surveillance d'une femme en post-partum ?

4/ Quelles sont les causes d'hyperthermie dans le post-partum ?

5/ Quelles sont les localisations préférentielles des Thrombophlébites en post partum

6/ Dans le post-partum d'une femme ayant bénéficié d'une anesthésie péridurale, que vous évoque une paralysie des membres inférieurs ?

7/ Comment appelle-t-on le « premier lait » ?

8/ Quels sont les rôles de l'allaitement

9/ Quels sont les conseils concernant l'allaitement

10/ Quelles sont les complications de l'allaitement ?

11/ Quelle est votre attitude face à un engorgement mammaire ?

12/ Comment traitez-vous des crevasses mammaires ?

13/ Quel est le tableau clinique d'une lymphangite ? Impose-t-elle l'arrêt de l'allaitement ?

14/ Pourquoi continuer l'allaitement dans une lymphangite

15/ Quel est le traitement d'une galactophorite

16/ Donnez le tableau clinique d'abcès mammaire

17/ Quel est votre traitement d'un abcès mammaire ?

18/ Quel est votre traitement d'une endométrite ?

19/ Quel est votre traitement de sortie d'une femme ayant accouché et désireuse d'allaiter ?

20/ Que prescrivez-vous en cas de refus d'allaitement ?

21/ Quand proposez la pose d'un stérilet après un accouchement ?

22/ Quand doit avoir lieu l'examen post-natal ?

23/ Donnez 4 types de troubles psychiatriques du post-partum

24/ Quels sont les facteurs de risque d'une psychose puerpérale ?

25/ Quels sont les diagnostics différentiels d'une psychose puerpérale et la conduite à tenir?

26/ Quelle est votre attitude devant un tableau de psychose puerpérale ?

1/ Qu'est-ce que le post-partum ?

- Période intervallaire séparant la délivrance du retour des règles

2/ Que sont les tranchées ? ++D

- Douleurs abdominales du post-partum correspondant à des contractions utérines « à vide » surviennent pendant les tétées
- Physiologiques, elles persistent quelques heures à quelques jours
- Calmés par le Paracétamol, le Spasfon®

3/ Quelle est la surveillance d'une femme en post-partum ? +++

- Surveillance stricte de 2h en salle de travail :
  - TA/pouls tous les 1/4 heures, température
  - saignement et globe utérin de sécurité ++
  - conscience
- Surveillance horaire des mêmes paramètres durant 24 heures
- Avec surveillance
  - mammaire
  - lochies
  - cicatrice d'épisiotomie
  - fonctions urinaires et anales
  - état psychiatrique
  - mollets
- Surveillance

4/ Quelles sont les causes d'hyperthermie dans le post-partum ? +++

- Montée de lait et complications de la lactation
  - lymphangite
  - abcès
  - galactophorite

- Endométrite par infection des lochies
- Rétention placentaire
- Embolie pulmonaire et/ou phlébite (0)
- Infection pulmonaire
- Infection des cicatrices
- Méningite (si anesthésie péridurale)
- Infection urinaire
- Rarement : péritonite, salpingite...

5/ Quelles sont les localisations préférentielles des Thrombophlébites en post partum ?+

- Surale
- Pelvienne

N. B. *: Devant une phlébite pelvienne : faire une écho pelvienne par voie endovaginale D-Dimere toujours positif en post partum*

6/ Dans le post-partum d'une femme ayant bénéficie d'une anesthésie péridurale, que vous évoque une paralysie des membres inférieurs ? +

Compression médullaire aiguë par :

- Hématome péridural
- Abcès péridural

7/ Comment appelle-t-on le « premier lait » ?

- Colostrum

8/ Quels sont les rôles de l'allaitement ?++

- Immunologique : diminue la fréquence des infections (GEA...)
- Psychologique (relation mère-enfant)
- Economique
- Diminue la fréquence des allergies
- Parfaitement adapté aux besoins de l'enfant
- Dans les pays pauvres :
  - diminue la mortalité infantile
  - régule les naissances

N. B. *: 6 mois d'allaitement est préconisé au minimum*

9/ Quels sont les conseils concernant l'allaitement ?+++D

- Mise au sein précoce ++ (en salle de travail)
- Nettoyer le mamelon avant chaque tétée
- Rythme régulier des prises (6-7/j), alterner les seins, pommade après chaque tétés
- Position confortable, enfant 1/2 assis
- Placer la totalité du mamelon dans la bouche
- Pas d'automédication, de tabac, d'alcool
- Supplémentation en Vit D et K systématique, fer après 6 mois
- Pour une durée d'au moins 6 mois

10/ Quelles sont les complications de l'allaitement ? +

- Engorgement
- Crevasse
- Lymphangite
- Galactophorite
- Abcès
- Crevasses

11/ Quelle est votre attitude face à un engorgement mammaire ? +++D

- Examen clinique bilatéral comparatif pour éliminer abcès ou lymphangite
- Gestes d'hygiènes enseignés à la patiente
  - douche chaude avant la tétée
  - bandage avec cataplasme à l'anti phlogistine
- Pas d'arrêt de l'allaitement
- Vider le sein manuellement après la tétée en le pressant, si besoin syntocinon®
- Prévention des crevasses
- Antalgique par paracétamol
- Surveillance

12/ Comment traitez-vous des crevasses mammaires ?

- Pas d'arrêt de l'allaitement en l'absence de contre-indications
- Application locale d'Oligoderm® sur le mamelon après la tétée et changer de sein à la tétée suivante
- Eviter les tétées trop longues, alterner les seins
- Surveillance

13/ Quel est le tableau clinique d'une lymphangite ? Impose-t-elle l'arrêt de l'allaitement ? ++

- Hyperthermie (jusqu'à 40°) ou 5ème jour
- Frissons
- Douleur mammaire unilatérale permanente
- Signe de budin négatif (pression du mamelon rapporte un lait non purulent)
- Placard cutané mammaire chaud et douloureux

- Adénopathies axillaires,
- pas d'arrêt de l'allaitement

  Mais :
  - règles hygiéno-diététiques
  - cataplasme d'antiphlogistine
  - AINS et antalgiques Per os
  - Tirer et jeter le lait du sein atteint
  - surveillance

14/ Pourquoi continuer l'allaitement dans une lymphangite ? D

- Car le lait n'est pas infecté
- Nécessité de vidange du sein

15/ Quel est le traitement d'une galactophorite ?+

- Arrêt de l'allaitement (tirer et jeter le lait)
- ATB anti staph : bristopen® 48 h per os stricte
- AINS 48h
- Antalgique
- Surveillance

***N. B.** : Tableau fréquent a j10 avec fièvre à 38, sein douloureux et tendu, signe de budin +)*

16/ Donnez le tableau clinique d'abcès mammaire

- Hyperthermie (40°)
- Frissons
- Douleur mammaire unilatérale permanente intense
- Tuméfaction mammaire mal limitée, chaude, douloureuse, parfois : pus à la pression
- Signe de Budin positif

17/ Quel est votre traitement d'un abcès mammaire ?

- Arrêt de l'allaitement
- Le lait est tiré puis jeté
- Antibiothérapie, débutée après prélèvements, parentéral intraveineux
- AINS et maintien des règles hygiéno-diététiques/antalgiques
- Surveillance : guetter l'indication du drainage chirurgical (quand abcès collecté)

18/ Quel est votre traitement d'une endométrite ? ++

- Repos au lit
- Antibiothérapie parentérale intraveineuse après prélèvements par Augmentin® 10 j
- Lutter contre l'hypotonie utérine par Méthergin® 10gouttes 3x/j
- Antalgiques +/- AINS
- Pour certains tirer et jeter le lait tant que la fièvre est > 38°
- Surveillance

19/ Quel est votre traitement de sortie d'une femme ayant accouché désireuse d'allaiter ? ++

Pour la mère

- Contraception orale par pilule microdosée
  type : Microval®
  1 pilule tous les soirs à heure fixe
  sans interruption même durant les règles
- Kiné périnéale
- Apport martial par Tardyferon® parfois
- Antalgique si nécessaire

Pour l'enfant

- Vitamine D, et K (pour son allaitement)
- Soins des yeux, de nez, du cordon

20/ Que prescrivez-vous en cas de refus d'allaitement ? ++

- Inhibiteur de l'allaitement : Parlodel® (bromocriptine : agonistes dopaminergiques) 2 cp/jour durant 21 jours débuté dès l'accouchement
- Après la montée laiteuse : restriction hydrique, bandage du sein
- Contraception locale ou par micro progestatif après l'arrêt du Parlodel®

21/ Quand proposez la pose d'un stérilet après un accouchement ? +

- Dès que l'utérus a repris une taille normale soit autour du 3ème mois

22/ Quand doit avoir lieu l'examen post-natal ? +

- Examen post-natal obligatoire : dans les 8 semaines suivant l'accouchement

23/ Donnez 4 types de troubles psychiatriques du post-partum

- Syndrome du 3ème jour :
  - Post-partum blues ou Baby Blues
  - Décompensation dépressive légère, transitoire, fréquente
- Psychoses puerpérales état confuso-délirant entre J4 et J30
- Etats dépressifs majeurs
- Troublres schizophréniforme

24/ Quels sont les facteurs de risque d'une psychose puerpérale ?++

- Age supérieur à 30 ans, primipare
- ATCD familiaux
- ATCD de schizophrénie
- ATCD personnels de BDA ou de psychose puerpérale (récidive : 20)
- Conditions socio-économiques défavorisées
- Personnalités instables

- Accouchement difficile
- Complications obstétricales

25/ Quels sont les diagnostics différentiels d'une psychose puerpérale et la conduite à tenir? +++

- Thrombophlébite cérébrale (du sinus caverneux)
- Infections (méningite post ponction lombaire pour péridurale)
- Rétension placentaire
- Délires aigus (QS. Psychiatrie)

Conduite à tenir

- Examen neurologique complet
- Bilan paraclinique :
  - TDM cérébral cherchant un ramollissement cérébral

26/ Quelle est votre attitude devant un tableau de psychose puerpérale ? +++

- Urgence, hospitalisation en psychiatrie
- Arrêt de l'allaitement et isolement de l'enfant
  - séparation du couple mère/enfant
- Eliminer diagnostic différentiel :
  - thrombophlébite cérébrale
  - rétention placentaire
- Traitement de la mère :
  - chimiothérapie : Haldol® + Largactil® (si échec sysmothérapie)
  - psychothérapie
    - relation mère/enfant
    - réintroduction progressive de l'enfant sous surveillance
- Surveillance de la mère et de l'enfant (0), dont risque suicidaire et infanticide
- Prévention des récidives (0) :
  - Respecter un certains délai avant d'avoir un autre enfant
  - Hospitalisation systématique dans une unité mère-enfant à l'accouchement

27-CONTRACEPTION

1/ Quels sont les 3 grands types de pilules contraceptives féminines ?
2/ Qu'appelle-t-on en France les « mini-pilules » ?
3/ Expliquez la différence entre les pilules mono-phasiques/bi-phasiques/tri-phasiques
4/ Qu'appelle-t-on les micropilules ?
5/ Quelle est la particularité des pilules séquentielles
6/ Quel est le principal inconvénient des pilules séquentielles ?
7/ Quelle est la particularité de la pilule Diane 35 et sa principale indication ?
8/ Quel est l'indicateur d'efficacité d'une pilule contraceptive ?
9/ Quels sont les modes d'action des pilules contraceptives ?
10/ Quelles sont les principales actions d'une micropilule ?
11/ Citez les contre-indications absolues à la contraception orale
12/ Quels sont les troubles de la glycémie induits par les œstro-progestatifs ?
13/ Quels sont les effets tensionnels ?
14/ Quels sont les troubles possibles de la coagulation ?
15/ Face à une demande de contraception, quelle est votre attitude ?
16/ Prescrire un ordonnance de pilule minidosée
17/ CAT devant oublie d'une prise de pilule minidosée
18/ Que recherchez-vous à l'interrogatoire, 3 mois après la première prescription ?
19/ Quelle pilule prescrivez-vous dans le post-abortum ?
20/ Donner 3 exemples de pilules minidosées
21/ Donner 3 exemples de pilules normodosées combinées
22/ Après arrêt d'un traitement contraceptif, en combien de temps la femme récupère-t-elle un cycle ovarien normal ?
23/ Qu'est-ce qu'une aménorrhée post-pilule ?
24/ Quel est le mode de contraception post-coïtale le plus efficace ?
25/ Quel est le mode d'action du stérilet
26/ Citer les contre-indications à l'emploi du stérilet
27/ Détailler la première pose d'un stérilet
28/ Quelles sont les complications possibles d'une contraception par stérilet ?
29/ Quelles sont les informations après la pose d'un stérilet
30/ Donner les premières causes de disparition des fils du stérilet
31/ Quelle est la fréquence du changement d'un stérilet ?
32/ Quelles sont les contre-indications à l'emploi d'un diaphragme ?

1/ Quels sont les 3 grands types de pilules contraceptives féminines ?

- Œstroprogestatifs classiques à 50 gamma d'Ethynil Œstradiol combinés ou séquentiels
- Œstroprogestatifs minidosés (< 50 gamma d'E. O.) Combinés / bi-phasiques / tri-phasiques
- Microprogestatif pur en continue

***N. B.** : Macroprogestatif pur du 5ème au 25ème j (moins utilisé)*

2/ Qu'appelle-t-on en France les « mini-pilules » ?

- Œstroprogestatifs minidosés

3/ Expliquez la différence entre les pilules mono-phasiques / bi-phasiques / tri-phasiques

Ce sont toutes des pilules œstroprogestatives minidosées

- Mono-phasiques :
  - Ethynil œstradiol et progestatifs sont à un taux constant dans chaque comprimé
- Bi-phasiques :
  - Composition E. O. et progestatifs varie 1 fois durant le cycle
- Tri-phasiques :
  - Variation de composition 2 fois dans le cycle

4/ Qu'appelle-t-on les micropilules ?

- Microgestatifs purs = micropilules
- Particularité : prise continue sans interruption même durant les règles à heure fixe+++

***N. B.** : Fréquente grossesse sous micropilule par non respect de l'heure fixe!*

5/ Quelle est la particularité des pilules séquentielles ?

- Composition :
  - œstrogènes pendant 7 jours
  - puis, association œstroprogestative 15 jours

Exemple : OVANON® /PHYSIOSTAT®

N'est plus utilisé comme moyen de contraception, indication en post abortum (mais de moins en moins)

6/ Quel est le principal inconvénient des pilules séquentielles ?

- Augmentation du taux de cancer de l'endomètre les proscrire en utilisation au long cours

7/ Quelle est la particularité de la pilule Diane 35 et sa principale indication ? +

- Minipilule
- Contenant un anti-androgène : acétate de cyprotérone
- Utilisée comme anti-acnéique

8/ Quel est l'indicateur d'efficacité d'une pilule contraceptive ? ++

- Indice de Pearl :

Nombre de grossesse pour 100 femmes traitées /an

Taux excellent entre 0, 15 % et 0, 45 %

9/ Quels sont les modes d'action des pilules contraceptives ? ++

- 1 action centrale :
  - axe hypothalamo-hypophysaire en diminuant la libération de gonadotrophines hypophysaires et supprimant ainsi le pic de LH
  - pas d'ovulation ++
- 2 actions locales :
  - glaire cervicale rendue opaque et limitant l'ascension des spermatozoïdes
  - muqueuse endométriale s'atrophiant devenant impropre à la nidation aussi : ralentissement des mouvements tubaires

10/ Quelles sont les principales actions d'une micropilule ? +

- Action périphérique :
  - sur la glaire cervicale ++ (la rendant hostile à la progression des spermatozoïdes)
- Blocage de l'ovulation dans 50 % des cas
- Atrophie de l'endomètre
- Ralenti la mobilité tubaire

11/ Citez les contre-indications absolues à la contraception orale++

- Diabète déséquilibré ou compliqué
- Dyslipidémie
- HTA
- Age > 40 ans
- Cardiopathies
- ATCD d'AVC
- ATCD de TVP/EP
- ATCD de troubles de l'hémostase
- Insuffisance rénale
- Cancer hormonodépendant (0)
- Otospongiose
- Hépatopathies/prurit gravidique/ictère gravidique/maladie de Dubin-Johnson
- Lupus

- Porphyrie
- Tumeur hypophysaire

N. B. : Contre-indications relatives
- *tabagisme*
- *obésité*
- *varices*
- *migraines*
- *ATCD familiaux vasculaires précoces*
- *mastopathie bénigne*
- *endométriose*
- *péri-opératoire*

12/ Quels sont les troubles de la glycémie induit par les œstroprogestatifs ?

- Hyperglycémies causées par E. O. et P

13/ Quels sont les effets tensionnels ?

EO et P stimule système RAA⇒HTA chez 5% des femme

14/ Quels sont les troubles possibles de la coagulation ?

- Hypercoagulabilité par :
  - augmentation de l'adhésivité des plaquettes
  - augmentation de la synthèse hépatique de certains facteurs (VII / VIII / IX / X)
  - diminution de l'anti-thrombine III

15/ Face à une demande de contraception, quelle est votre attitude ? +

- Interrogatoire minutieux
  - cherchant CI absolues ou relatives
  - informant de principe sur les autres méthodes contraceptives
- Examen clinique complet
  - poids / taille / TA / pouls / seins / foie / système veineux
- Bilan paraclinique prescrit à la première consultation +++
  - cholestérol total et triglycéridémies
  - glycémie à jeun
  - frottis (0)
  - +/- bilan ophtalmo parfois (diabète, myopie forte…)
- Si pas de CI : prescription pour 3 mois puis par an

16/ Prescrire un ordonnance de pilule minidosée +++

Nom prénom de la malade, cachet du docteur
Date signé
Minidril® à prendre le 1er jour des règles tous les jours a la même heure pendant 21 j
Puis arrêt 7j et reprise quelque soit l'état de saignement
QSP 3 mois
N. B. : la prescription à visée pré thérapeutique aura déjà été faite

17/ CAT devant oublie d'une prise de pilule minidosée +++

- Si oublie < 12h : prendre le comprimé dès que possible, et continuer le reste de la plaquette sans changer l'heure de la prise
- Si oublie > 12h : prendre le comprimé dès que possible, continuer le reste de la plaquette sans changer l'heure de la prise, y associer une contraception mécanique jusqu'à la prochaine fin de cycle
  - Consulter un médecin si retard de règles
  - Discuter la prise de Norlevo®

18/ Que recherchez-vous à l'interrogatoire, 3 mois après la première prescription ? +++

- Efficacité
- Tolérance :
  - saignements génitaux
  - aménorrhée
  - nausées/vomissements
  - céphalées
  - modification d'appétit et prise de poids
  - tension mammaire
  - jambes lourdes
  - troubles de l'humeur
  - diminution de la libido
  - TA
  - poids
  - examen des seins et gynécologique

N. B. : Renouveler l'examen clinique et le bilan paraclinique puis surveillance annuelle

19/ Quelle pilule prescrivez-vous dans le post-abortum ?

- Pilule séquentielle pour régénération de l'endomètre utérin durant 3 mois (Ovanon® 1 ou Physiostat®) puis retour à l'ancien mode contraceptif

20/ Donner 3 exemples de pilules minidosées

- Pilule tri-phasique : Trinordiol®
- Pilule bi-phasique : Adepal ®/ MINIPHASE®
- Pilule mono-phasique : Minidriol®/Minulet®

21/ Donner 3 exemples de pilules normodosées combinées.

- Stediril®
- Planor®
- Gynophase ®

22/ Après arrêt d'un traitement contraceptif, en combien de temps la femme récupère-t-elle un cycle ovarien normal ?

- En moyenne : 2 mois après l'arrêt des œstroprogestatifs

N. B. : Si aménorrhée > 3 mois : aménorrhée secondaire

23/ Qu'est-ce qu'une aménorrhée post-pilule ?

- Absence de règle plus de 3 mois après l'arrêt du traitement
- Rechercher :
  - grossesse +++
  - galactorrhée (hyperprolactinémie)
  - atrophie de l'endomètre

24/ Quel est le mode de contraception post-coïtale le plus efficace ? +

- Pilule du lendemain
  - œstroprogestatifs type Norlevo®
  - 2 cp puis 2 cp 12 heures plus tard (dans les 72 heures)
  - taux d'échec environ 2 %

N. B. : Autres méthodes :
- *progestatifs purs (échec : 3 %) : Microval®*
- *Stérilet*

25/ Quel est le mode d'action du stérilet ++

- Réaction inflammatoire au niveau de l'endomètre
- Modification de la mobilité tubaire (→risque de GEU)
- Le cuivre : action cytotoxique sur les spermatozoïdes
- La progestérone dans certain stérilet provoque une atrophie endométriale, rend la glaire impropre à la nidation

26/ Citer les contre-indications à l'emploi du stérilet+

Contre-indications absolues

- Grossesse en cours (0)
- Infections génitale haute active (0)
- Cardiopathies valvulaire (0)
- Trouble de la crase sanguine (0)
- Maladie de Wilson pour les stérilets en cuivre
- Cancer de l'utérus

Contre-indications relatives

- Femme nullipare
- ATCD de GEU d'infection génitale haute
- Utérus hypotrophiques ou malformatifs
- Polypes endocavitaires
- Traitement anti coagulant
- Partenaires multiples
- Fibromes sous muqueux
- Cicatrices utérines
- Béance cervicale et sténose du col
- Traitement par AINS ou corticothérapie au long cours

27/ Détailler la première pose d'un stérilet+

- Mis à la fin des règles++
- Femme en position gynécologique
- Bon éclairage
- TV pour repérer la position du col (un frottis ayant été réalisé à une consultation précédente)
- Introduction d'un spéculum
- Désinfection du col et des parois vaginales
- Placer une pince de Pozzi sur la lèvre antérieure du col et traction douce sur la pince
- Introduction d'un hystéromètre : usage unique (hystérométrie dispensable les fois suivantes)
- Charger le stérilet dans l'inserteur et régler l'inserteur selon les données de l'hystérométrie
- Couper le fil à 2 ou 3 cm du col
- Retirer la pince puis le spéculum

28/ Quelles sont les complications possibles d'une contraception par stérilet ? +

Immédiates :

- Douleur d'insertion
- Déchirure cervicale
- Malaise vagale
- Perforation utérine

Tardives :

- Grossesse
- GEU
- Expulsion
- Perforations
- Hémorragies
- Douleurs
- Infections génitales
- Ascension simple des fils

29/ Quelles sont les informations après la pose d'un stérilet ++

- Consultation régulière a M3 puis annuellement
- Informer sur l'augmentation d'abondance et de durée des règles
- Apprendre à enlever le DIU
- Si désir de grossesse : enlever le DIU
- Information sur le risque augmenté de GEU
- Cs si infection
- Eviter AINS (0)
- Expliquer le délai de changement (18 mois a 5 ans)

30/ Donner les premières causes de disparition des fils du stérilet+

- Grossesse intra ou extra utérine
- Expulsion
- Ascension simple des fils

31/ Quelle est la fréquence du changement d'un stérilet ?

- Entre 18 mois et 5 ans

32/ Quelles sont les contre-indications à l'emploi d'un diaphragme ?

- Prolapsus utérin
- Cystocèle et rectocèle
- Rétroversion

28-INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

1/ Quelle est, en France, la limite légale d'une IVG ?

2/ Quel est le déroulement d'une IVG ?

3/ Détailler votre 1er entretien.

4/ Quelle est la démarche ensuite ?

5/ Quelles sont les méthodes d'IVG en France ?

6/ Qu'impose une demande d'IVG par une mineure ?

7/ Une étrangère peut-elle bénéficier d'une IVG ?

8/ Quelles sont les contre-indications à l'emploi d'un traitement médicamenteux ?

9/ Citer les complications d'une évacuation utérine lors d'une IVG

10/ Qu'impose l'emploi du RU 486 ?

11/ Quand propose-t-on une ITG ?

1/ Quelle est, en France, la limite légale d'une IVG ? ++

- 14 SA soit 12 semaines de grossesse

N. B. : ITG : pas de limite

2/ Quel est le déroulement d'une IVG ? +

- 1ère consultation : (cf.)
  - entretien
  - vérifier l'existence de la grossesse
  - datation (échographie)
  - certificat d'attestation de consultation
- Délai de réflexion de 8 jours avec entretien psychosocial proposé
- 2ème consultation avec demande écrite : IVG proprement dite et déclaration anonyme
- Consultation post abortum

3/ Détailler votre 1er entretien. ++D

- Confirmer la grossesse
- Date de grossesse
- Antécédents obstétricaux et contre-indications
- Information sur les méthodes et leurs complications
- Renseigner sur droits et prestations si femme décide de poursuivre sa grossesse (guide de la DDASS)
- Information sur les méthodes de contraception
- Remise de coordonnées d'assistante sociale
- Remise d'un certificat de demande d'IVG
- Dire si le praticien accepte dans le cas contraire : communiquer les coordonnées d'un centre pratiquant les IVG
- Informer sur le déroulement
- Attestation de consultation

4/ Quelle est la démarche ensuite ? ++

- Consultation sociale conseillée dans un centre pouvant apporter une aide sociale a la patiente
- 2ème consultation avec un délai de 7 jours par rapport à la 1ère (D) (diminué à 2 jours si les 14 SA sont proches)
  - Demande d'IVG écrite par la patiente
  - rappel des avantages sociaux après une grossesse
  - Information sur les procédures et les modalités d'intervention
  - Déclaration anonyme de l'IVG
  - Préparation a la contraception
  - parfois prescription de gamma anti D
- Puis consultation post abortum J7 à J14 ; vérification de l'absence de complication, et de la prise de contraception

5/ Quelles sont les méthodes d'IVG en France ? ++

- Méthode « chirurgicale » (7ème à 14ème SA)
  - dilatation du col à la bougie ou par mifepristone (mifegyne®) 2 jour avant
  - aspiration par vacurette
  - injection d'ocytocique (cytotec®) intra vaginal
  - contrôle échographique après le geste
  - +/- gamma anti D
  - +/- pilule séquentielle

- Méthode médicamenteuse : par RU 486 (< 7 SA)
  - anti progestérone : Mifegyne®
    3 cp à 200 mg en présence du médecin
  - surveillance sur plusieurs heures
  - 48h plus tard : prostaglandines (cytotec®)
  - Echo de contrôle à j10
  - +/- gamma anti D

6/ Qu'impose une demande d'IVG par mineure ? +

- Consentement de la patiente seule par demande écrite
- Nécessité de venir accompagnée d'un adulte
- Consultation psychosociale obligatoire

7/ Une étrangère peut-elle bénéficier d'une IVG ?

- Oui

8/ Quelles sont les contre-indications à l'emploi d'un traitement médicamenteux ? ++

- Contre indication au RU
  - Insuffisance rénale, surrénale
  - Allergie
  - Corticothérapie
  - Tabagisme chez femme > 35 ans
  - ATCD cardio-vasculaires
- CI générale
  - Trouble de l'hémostase
  - Trouble psychiatrique
  - Anémie
  - > 7 SA
  - GEU
- CI des prostaglandines
  - HTA non contrôlée
  - ATCD cardiovasculaire
  - Asthme
  - traitement par AINS

9/ Citer les complications d'une évacuation utérine lors d'une IVG+++

- Complications immédiates :
  - syncope
  - déchirure du col
  - hémorragie
  - perforation utérine
  - complication anesthésique
- Complications secondaires :
  - GEU ignorée
  - rétention placentaire simple ou infectée
  - endométrite/salpingite (0)
  - hémorragies
- Complications tardives :
  - synéchies
  - béance cervico-isthmique (0)
  - immunisation Rhésus (0)
  - Complication psychologique (0)

10/ Qu'impose l'emploi du RU 486 ?

- Echographie de contrôle à J 10

11/ Quand propose-t-on une ITG ? (interruption thérapeutique de grossesse)

- Quand il existe un péril grave pour la mère
- Enfant ayant une pathologie incurable au moment du diagnostic
- Réalisable jusqu'à l'accouchement (pas de limite de terme)
- Nécessitent l'accord :
  - de deux docteurs dont un sur une liste spéciale
  - du malade

N. B. : Déclaration nominative

29-STERILITES DU COUPLE

1/ Donnez la définition d'une stérilité

2/ Quel est votre interrogatoire devant une stérilité +

3/ Donnez 2 grandes causes de stérilités ovariennes et citez les explorations possibles

4/ Quel est le site normal de la fécondation

5/ Citez 3 examens complémentaires intervenant dans l'exploration d'une stérilité tubaire

6/ Quels sont vos examens complémentaires devant stérilité +++

7/ Quelles étiologies de stérilités suspectez-vous devant une stérilité sans anomalies ovariennes, spermatiques ou tubaires ?

8/ Quelle est l'anomalie congénitale de l'hymen la plus fréquente ? Comment la traitez-vous ?

1/ Donnez la définition d'une stérilité.

- 1 couple est décrété stérile quand, après 2 ans de rapports réguliers, la femme n'est pas enceinte

2/ Quel est votre interrogatoire devant une stérilité +

- Femme :
  - Infertilité (pas d'enfant) ou infécondité (pas de grossesse)
  - Stérilité Primaire ou Secondaire
  - Durée d'infertilité
  - Qualité, fréquence des rapports sexuels
  - Médicament pris
  - Traitement antérieur (ovariectomie.. Radiothérapie)
  - Cause ovulatoire : âge des 1ères règles, régularité et durée des cycles
    ATCD d'acné, galactorrhée, pathologie endocrinienne, rubéole
  - Cause tubaire : ATCD GEU (0), salpingite (0) chirurgie tubaire
  - Cause utérine : exposition au distilben
  - Cause familiale : d'infertilité, anomalie anatomique
- Homme :
  - ATCD :
    - familiaux
    - Chirurgie : cure d'hernie inguinale (++)
    - De chryptochydie, de traumatisme, d'oreillon
    - Exposition à des toxiques, chimiothérapie, , radiothérapie
  - Profession (endroit chaud : boulanger...)
  - Trouble de l'éjaculation, de la libido.

3/ Donnez 2 grandes causes de stérilités ovariennes et citez les explorations possibles.

- Anovulation
- Dysovulation
- Stérilité ovarienne peut être explorée par :
  - étude la courbe de température ++
  - dosages hormonaux statiques de dynamiques++
  - examen de la glaire cervicale
  - biopsie endométriale, échographie pelvienne, cœlioscopie

4/ Quel est le site normal de la fécondation

- 1/3 externe de la trompe utérine

5/ Citez 3 examens complémentaires intervenant dans l'exploration d'une stérilité tubaire

- Hystérosalpingographie++
- Cœlioscopie
- Hystéroscopie

6/ Quels sont vos examens complémentaires devant stérilité +++

Pour la femme

- étude de l'ovulation :
  - courbe ménothermique
  - dosage d'œstradiol a J3
  - dosage prolactine à J3
  - dosage FSH/LH à J3
  - hystérosalpingographie ++ (en première partie de cycle) (0)
  - échographie pelvienne souvent réalisée

Pour l'homme

- étude spermiologique : spermogramme, spermocytogramme, spermoculture

Pour le couple :

- test de Huhner
- sérologie MST (HIV/BV/CV)

7/ Quelles étiologies de stérilités suspectez-vous devant une stérilité sans anomalies ovariennes, spermatiques ou tubaires ?

- Anomalies empêchant la progression des spermatozoïdes dans la filière génitale :
  - anomalie de la glaire +++
  - anomalie du col
- Anomalies empêchant la nidification
  - anomalie utérine anatomique
  - altération de l'endomètre
- examens complémentaires :
  - analyse de la glaire cervicale biochimique et bactériologique
  - test post-coïtal de Huhner
  - autres tests : test de pénétration croisée, hystérographie, hysteroscopie, biopsie endométriale, cœlioscopie

8/ Quelle est l'anomalie congénitale de l'hymen la plus fréquente ? Comment la traitez-vous ?

- Hématocolpos

  Absence de perforation physiologique de l'hymen découvert dans l'exploration d'une aménorrhée primaire diagnostic cliniquement évident
- Traitement simplissime : incision

30-PROCREATION MEDICALEMENT ASSISTEE

1/ Quelles sont les méthodes de procréation assistée ?

2/ Donner les grandes types d'insémination par conjoint et leurs indications.

3/ Quelles sont les principales indications d'une insémination artificielle par donneur ?

4/ Quelles sont les principales indications d'une fécondation in vitro (FIV) ?

5/ Détailler votre bilan paraclinique d'une fécondation in vitro.

6/ Comment se déroule une fécondation in vitro ?

7/ Citer les 3 premières complications des fécondation in vitro.

8/ Qu'est-ce qu'une oligospermie, cause de stérilité ?

9/ Quelles sont les conditions à remplir pour être donneur de sperme ?

10/ Quelles sont les conditions légales pour une PMA ?

11/ Quels sont les frais à la charge du couple ?

12/ Quel est l'examen complémentaire devant un spermogramme pathologique.

13/ Quel est l'examen complémentaire avant fécondation in vitro ICSI.

1/ Quelles sont les méthodes de procréation assistée ?

- Insémination artificielle par sperme de donneurs (IAD)
- Insémination artificielle par sperme du conjoint (IAC)
- FIVETE (fécondation in vitro et transfert d'embryon)
- FIV ICS (intra cytoplasmic spermatozoïde injection)

2/ Donner les grands types d'insémination par conjoint et leurs indications ? +

- Insémination intracervicale :
  - par sperme frais (> 1ml) si faible éjaculât ou anomalies sexuelles malformatives
  - par sperme congelé (> 1ml) avant chimiothérapie / radiothérapie / vasectomie
- Insémination intra-utérine
  - Dysmucorrhée ++
  - altérations spermiologiques
  - stérilités immunologiques
  - stérilités inexpliquées
- Insémination intra péritonéale (rare)

3/ Quelles sont les principales indications d'une insémination artificielle par donneur ? +

- Stérilité définitive du mari :
  - azoospermie
  - oligospermie
- Hypofertilité masculine
- Transmission paternelle d'une maladie rare et/ou grave
- Père HIV positif, n'ayant pas exprimé la maladie
- Echec d'IAD, fécondation in vitro

4/ Quelles sont les principales indications d'une fécondation in vitro (fiv) ? +

- Stérilité tubaire ++
- Hypofertilité masculine (< 1ml)
- Stérilités inexpliquées chez les femmes < 38 ans
- Endométriose
- Stérilités immunologiques

5/ Détailler votre bilan paraclinique d'une fécondation in vitro ? +++

Pour la future mère
- Etude de l'ovulation :
  - courbe ménothermique
  - dosage d'œstradiol à J3
  - dosage prolactine à J3
  - dosage FSH/LH à J3
  - hystérosalpingographie ++ (en première partie de cycle) (0)
  - échographie pelvienne souvent réalisée

Pour le futur père
- Etude spermiologique : spermogramme, spermocytogramme, spermoculture

Pour le couple :
- Test de Huhner
- Sérologie MST (HIV/BV/CV)

6/ Comment se déroule une fécondation in vitro ? ++

- Bilan pré fécondation in vitro (cf.)
- Contrainte médico-légales (cf.)
- Souvent blocage de l'axe hypothalamo-hypophysaire par un agoniste de la LHRH
- Stimulation ovarienne par de la FSH recombinante
- Surveillance du développement folliculaire (dosages hormonaux et échographies)
- Déclenchement de l'ovulation par le L'HCG
- Ponction des ovules 24 à 36 heures plus tard par voie endovaginale sous contrôle échographique

- Prélèvements des spermatozoïdes et préparation (swim up, capacitation)
- Fécondation in vitro à 37° en milieu enrichi
- Culture en milieu adapté
- Transfert aux stades 2 à 8 blastomères de trois embryons (congélation des embryons restants)
- Soutien de la phase lutéale par progestérone naturelle
- Surveillance

7/ Citer les 3 premières complications des fécondation in vitro

- Echec
- Hyperstimulation ovarienne
- Grossesses multiples

8/ Qu'est-ce qu'une oligospermie, cause de stérilité ?

Taux de spermatozoïdes inférieur à un million par éjaculât, à 2 reprises distantes d'au moins trois mois

9/ Quelles sont les conditions à remplir pour être donneur de sperme ? ++

- Sujet :
  - bénévole
  - âgé de moins de 55 ans (en âge de procréer)
  - vivant en couple
  - ayant l'accord de l'épouse ou de la compagne
  - les consentements étant écrit
  - étant père d'au moins un enfant
  - acceptant les règles de l'anonymat

***N. B.** : Le don de sperme donnera moins de 5 naissances*

10/ Quelles sont les conditions légales pour une PMA ? ++

- Le couple :
  - Les deux vivants, en âge de procréer
  - Mariés ou en concubinage mixte depuis 2 ans
- Remise d'un dossier guide de la DASS concernant l'adoption les techniques et les risques de PMA
- Ayant eu des entretiens avec une équipe pluridisciplinaire d'AMP
- Réflexion d'un mois à l'issue du dernier entretien
- Avec consentement écrit des 2 personnes
- Avec un respect des règles de sécurité sanitaire sous contrôle de médecins agréés

11/ Quels sont les frais à la charge du couple ?+

- Prise en charge a 100% après entente préalable jusqu'à 4 tentatives

12/ Quel est l'examen complémentaire devant un spermogramme pathologique. +

- Refaire un spermogramme 3 mois plus tard (variabilité importante)

N. B. : si un spermogramme est pathologique, ne pas dire au malade qu'il est stérile

13/ Quel est l'examen complémentaire avant fécondation in vitro ICSI.

- Caryotype du père (Klinefelter)

55-MENOPAUSE

1/ Décrire simplement l'enchaînement de phénomène physiopathologiques de la péri-ménopause

2/ Quels sont les signes cliniques d'une péri-ménopause ?

3/ Quelle est votre attitude en cas de suspicion de péri-ménopause ?

4/ Comment distinguer simplement la ménopause de la pré-ménopause ?

5/ Quels sont les 2 signes cliniques les plus importants de la ménopause ?

6/ Comment faire le diagnostic de ménopause ?

7/ Comparez les profils hormonaux de la ménopause et de la pré-ménopause

8/ Quel est votre bilan pré-thérapeutique ?

9/ Donner les complications de la ménopause

10/ Quel est le traitement de la pré-ménopause ?

11/ Donnez votre traitement d'une ménopause confirmée

12/ Quels sont les bénéfices d'un THS ?

13/ Comment adapte-t-on les doses ?

14/ Quelles sont les contre-indications de l'œstrogénothérapie ?

15/ Quel est le principal risque des THS, mesures contre ce risque ?

1/ Décrire simplement l'enchaînement des phénomènes physiopathologiques de la pré-ménopause. +++

- Phénomènes s'échelonnant sur plusieurs années :
  - déclin progressif de l'activité folliculaire

d'où
  - diminution de la sécrétion d'inhibine

d'où
  - augmentation de la production de FSH (avec LH normale)

d'où
  - accélération de la maturation folliculaire avec raccourcissement de la phase lutéale avec un taux d'œstradiol élevé avec un pic de LH peu ample inadapté

d'où
  - dysovulation et corps jaune de mauvaise qualité

d'où
  - hyperœstrogénie relative et insuffisance lutéale +++

2/ Quels sont les signes cliniques d'une péri-menopause ?

- Troubles des règles : hyperménorrhée, ménorragie, métrorragie, spanioménorrhée
- Algies pelviennes
- Mastodynies
- Mastoses sklérokystiques
- Céphalées et vertiges
- Prise de poids

N. B. *: Signes d'hyperœstrogénie relative*

3/ Quelle est votre attitude en cas de suspicion de pré-menopause ?

- Interrogatoire minutieux
  - âge
  - signes fonctionnels
  - ATCD personnels (CI au progestatif) : tumeurs œstrogénodépendantes, facteurs de risque cardio-vasculaires, phlébites, affections hépatiques, LED..
  - Courbe de température plateau lutéal raccourcit
  - Examen clinique complet : TA/pouls/poids
    - examen mammaire
    - examen gynécologique : TV/spéculum...
  - Frottis cervico-vaginal (diminution de l'index caryopicnotique)
  - Mammographie

N. B. : Bilan indispensable

Les autres examens complémentaires sont discutés au cas par cas

4/ Comment distinguer simplement la ménopause de la pré ménopause ? +

- Test à la progestérone
  - positif, il est hémorragique en pré ménopause
  - négatif, n'entraîne pas d'hémorragie à 7 jours si ménopause

N. B. : Autre réponse : Courbe de température mais moins fiable

5/ Quels sont les deux signes cliniques les plus importants de la ménopause ?

- Aménorrhée secondaire d'installation progressive > 1an
- Bouffées de chaleur
  - ascendantes (touchant le visage en dernier)
  - suivies d'une période de frilosité

6/ Comment faire le diagnostic de ménopause ? ++D

- La plupart du temps : diagnostic clinique (aménorrhée > 1an chez femme en âge)
- Sinon, test au progestatif : 3 x négatif = diagnostic
- Rarement fait par les tests hormonaux

***N. B.** : Au moindre doute on éliminera la grossesse*

7/ Comparez les profils hormonaux de la ménopause et de la pré-ménopause.

- Pré ménopause :
  - taux de FSH élevé
  - taux de LH normal (mais pic inadapté)
  - 17 Bêta œstradiol normal, progestérone diminuée
  - Test au progestérone négative
  - E2 > E1
- Ménopause :
  - FSH très élevé
  - LH élevé
  - 17 Bêta œstradiol diminué, progestérone diminuée voire absente
  - E2 < E1

8/ Quel est votre bilan préthérapeutique ? +++D

- Examen clinique complet et interrogatoire
  - Recherche de contre indication au THS
  - Signes fonctionnels et leur gène occasionnée
  - Cliniquement : TA, pouls, poids, taille, TV, examen des seins, aire ganglionnaire, état veineux
- Frottis cervico-vaginal (0)
- Mammographie (0)
- Glycémie a jeun, cholestérolémie, triglycéridémie

9/ Donner les complications de la ménopause. +++

- Atrophie urogénitale
  - prurit, dystrophie, dyspareunie, cystite atrophique
- Ostéoporose post-ménopausique
- Athérosclérose (par dyslipidémie)
- Atrophie cutanée
- Troubles psychologiques

10/ Quel est le traitement de la peri-menopause ? ++

- En ambulatoire : pilule progestative PO utrogestan® ou luthenyl® 1 cp /j du 16ème au 25ème j (si désir de contraception 5ème au 25ème)

N. B. *: Si aménorrhée sous traitement (ou bouffée de chaleur) : = ménopause*

11/ Donnez votre traitement d'une ménopause confirmée. ++

- Traitement ambulatoire dont on expliquera les intérêts et les risques à la femme +++
- Œstrogénothérapie substitutive :

En l'absence de contre-indications
  - œstrogènes per os (Estraderm®) ou per-cutanée (œstrogel®) du 1er au 25ème jour (traitement séquentiel) ou en continue
  - progestatif (pour limiter le risque d'hyperplasie) au moins 12 jours par cycle (possibilité de traitement en continue) Duphaston® per os
  - régime riche en Ca2+ et Vit D
  - activité physisque régulière

En cas de contre indication au THS :
- Agréal® ou Abufène® pour limiter les bouffées de chaleur
- Colpotrophine® ou Replens® pour limiter l'atrophie vulvo-vaginale
- Ca2+ Vit D, sport jusqu'au biphosphonate pour lutter contre l'ostéoporose (cf)
- Surveillance

12/ Quels sont les bénéfices d'un THS ? ++

- Lutte contre :
  - les bouffées de chaleur
  - Les effets dermato (atrophie..)
  - Ostéoporose
  - Les effets psychologiques néfastes de la ménopause

N. B. : Probablement pas d'effet cardio-vasculaire

13/ Comment adapte-t-on les doses ? +

Si sous dosage en :

- œstrogènes (bouffée de chaleur)
- progestérone (ménorragie, mastodynie)

→ Augmenter les doses

Sur dosage en

- œstrogène (ménorragie, mastodynie)
- Progestérone (spoting)

→diminuer ou espacer les doses

14/ Quelles sont les contre-indications de l'œstrogénothérapie ? +

- Cancer hormonodépendant (sein/utérus) (0)
- ATCD d'accidents thrombo-emboliques (0)
- LED et porphyries
- Hyperplasie endométriale
- Endométriose
- Otospongiose
- Tumeur hypophysaire
- Affection hépatique
- HTA/diabète/obésité/dyslipidémie

15/ Quel est le principal risque des THS, mesure contre ce risque ? D

- Risque de cancer œstrogénodépendant : sein et endomètre
- Mesures :
  - progestatif systématique
  - Surveillance régulière/6mois

88-INFECTIONS GENITALES DE LA FEMME (SALPINGITE)

1/ Quels sont les germes les plus fréquemment responsables de salpingites ?

2/ Quels sont les facteurs de risques d'infections annexielles ?

3/ Donner la triade clinique d'une salpingite

4/ Détailler votre examen clinique d'une patiente suspecte de salpingite

5/ Quelle mesure est associée à l'examen clinique ? Détailler

6/ Quel est le bilan paraclinique d'une salpingite ?

7/ Qu'évoque un tableau de salpingite avec une douleur abdominale latéralisée à droite ?

8/ En cas de salpingite, que vous attendez-vous à trouver à la cœlioscopie ?

9/ Quelles sont les complications aiguës

10/ Citer les complications tardives de salpingites récidivantes

11/ Détailler votre thérapie d'une salpingite

12/ Quels sont les diagnostics différentiels

1/ Quels sont les germes les plus fréquemment responsables de salpingites ?

- Chlamydiae (50 %)
- Gonocoques (20 %)
- Puis : streptocoques/staphylocoques/klebsielle/proteus/E. coli...

2/ Quels sont les facteurs de risques d'infections annexielles ?

- Rapports sexuels avec partenaires multiples
- Rapports précoces
- Manque d'hygiène
- Post partum, post abortum
- Geste endo utérin récent
- Stérilet (0)
- ATCD de salpingite
- Déficit immunitaire

3/ Donner la triade clinique d'une salpingite.

- Sur une patiente le plus souvent jeune (moins de 25 ans)
  - hyperthermie
  - douleur hypogastrique
  - leucorrhées

***N. B.** : Métrorragies fréquentes, dyspareunie, +/- signes urinaires ou rectaux*

4/ Détailler votre examen clinique d'une patiente suspecte de salpingite. +

- Interrogatoire
  - facteurs de risques
  - signes fonctionnels (cf.)
  - recherche d'un Fiessinger Leroy Reiter
  - ATCD personnels
  - date des dernières règles
- Examen clinique :
  - pouls/TA/température
  - examen abdominal : cicatrice, défense sans contracture / selles / vomissements
  - examen gynécologique cherchant
    - écoulement vulvaire : leucorrhée blanches
    - rougeur vulve et méat
    - col rouge au spéculum
  - toucher vaginal combiné à la palpation abdominale cherchant
    - défense de l'hypogastre
    - douleur au TV a la mobilisation utérine et des annexes
    - empâtement des culs de sac ++
    - toucher rectal
  - recherche d'autres localisations (gonocoque) anus / bouche / amygdales / arthrite des membres
- Garder dg différentiels à l'esprit

***N. B.** : Examen parfois difficile car douleur ++*

5/ Quelle mesure est associée à l'examen clinique ? Détailler++

- Prélèvements bactériologiques gynécologiques multiples :
  - avant antibiothérapie
  - prélèvements de tout écoulement vulvaire
  - prélèvements par écouvillon lors de l'examen au spéculum
    - endocol
    - exocol
    - urètre
    - glandes de skènes

  par écouvillon standard et écouvillon en plastique rigide

- Ensemencement en milieux particuliers (gélose chocolat)
- Laboratoire prévenu
- Examen direct, culture Antibiogramme

6/ Quel est le bilan paraclinique d'une salpingite ? +++D

- Prélèvements bactériologiques multiples (Cf.) (0)
- ECBU
- Hémocultures
- NFS/plaquettes/VS/CRP/BHC
- Bilan préopératoire pour cœlioscopie
- Bêta HCG (0)
- Sérologie HIV/Hépatite B/Chlamydiae/TPHA/VDRL pour dépistage d'une MST (0)
- Prélèvements chez le partenaire
- Echographie pelvienne
- +/- retrait et mise en culture d'un stérilet (0)
- +/- ASP, écho hépatique

7/ Qu'évoque un tableau de salpingite avec une douleur abdominale latéralisée à droite ? +

- Abcès péri hépatique : syndrome de Fitz High Curtis

N. B... : *Le mieux vu par cœlioscopie*
80% dû à chlamydiae

8/ En cas de salpingite, que vous attendez vous à trouver à la cœlioscopie, et quels sont ces rôles ? ++

- Montre généralement :
  - trompe inflammatoire rouge, violacée, œdémateuse
  - exsudat séropurulent par le pavillon
  - exsudat sérofibrineux de fausses membranes

- péri hépatite (adhérences pariétales en cordes de violon entre le foie et la paroi abdominale) = Fitz Hugh Curtis
- recherche d'un abcès du Douglas, de l'ovaire, un pyosalpinx, des adhérences péri-tubo ovarienne

• Permet prélèvements multiples :
  - brossage tubaire et pavillonnaire
  - prélèvement de pus
  - prélèvement culs de sac de Douglas
• Eliminer dg. Différentiel
• A un rôle pronostic
• Rôle thérapeutique :
  - Prélèvements pour ajustement de l'antibiothérapie
  - Adhésiolyse
  - Ponction drainage d'un pyosalpinx
  - Toilette péritonéale

9/ Quelles sont les complications aiguës+

• Décès
• Pelvipéritonite, péritonite, septicémie
• Pyosalpinx, abcès du douglas, de l'ovaire
• Fistule
• Fitz Hugh Curtis

10/ Citer les complications tardives de salpingites récidivantes. +++D

• Algies pelviennes chroniques
• Stérilité tubaire (0)
• GEU (0)
• Récidives
• Dyspareunie
• Dystrophie ovarienne

11/ Détailler votre thérapie d'une salpingite. +++ D

- Urgence
- Hospitalisation et bilan
- A jeun
- Voie veineuse périphérique et si besoin correction des désordres hydro électrolytiques
- Antibiothérapie parentérale intraveineuse
  - Augmentin® 1g x 3/j en IV
  - Vibramycine® 100 mg/j en IV
  - adaptée secondairement à l'antibiogramme
  - avec relais per os à 48h d'apyrexie :

    augmentin® 15j +vibramycine® 3 semaines
- Cœlioscopie chez la femme jeune (cf)
- Antalgiques
- Arrêt des rapports sexuels ou rapport protégés
- Arrêt de travail 1 mois
- AINS/corticoïdes pour certain a H48
- Repos au lit/glace sur le ventre
- Contraception orale par pilule normo dosée
- Bilan MST
- Dépistage des partenaires (0)
- Surveillance

12/ Quels sont les diagnostics différentiels. ++

- Appendicite aiguë
- Infection urinaire basse
- GEU (0)
- GIU avec stérilet
- Chlocystite, endométriose, pathologie ovarienne (kyste tordu, rompu...) algie prémenstruelle.

88-LEUCORRHEES

l/ Donnez les principaux caractères des leucorrhées physiologiques.

2/ Quel est le diagnostic à évoquer devant toute leucorrhée ?

3/ Quels sont les facteurs favorisants de mycoses ?

4/ Quels sont les caractères cliniques d'une mycose ?

5/ Quel est votre traitement d'une mycose vaginale ?

6/ Quels sont les germes responsables de leucorrhées pouvant être apportés par le partenaire sexuel ?

7/ Quels sont les facteurs de risque des infections génitales à trichomonas vaginales ?

8/ Décrivez les leucorrhées causées par les trichomonas vaginales.

9/ Traitement d'une leucorrhée par trichomonas.

10/ Dans quel cas le Sniff test est-il positif ?

11/ Traitement de leucorrhée de a gardenella vaginalis.

12/ Qu'évoquer devant des leucorrhées chez une fillette ?

1/ Donnez les principaux caractères des leucorrhées physiologiques

- Plus fréquentes en première partie du cycle menstruel
- Inodores
- Sans signes fonctionnels associés
- pH compris entre 4 et 4, 5
- Limpide, glaireuse venant du col
- Opalescente, laiteuse venant du vagin
- Un examen sur lame montrant de cellules vaginales intactes au sein d'une glaire propre

2/ Quel est le diagnostic à évoquer devant toute leucorrhée +

Cancer de l'endomètre ou du col utérin

3/ Quels sont les facteurs favorisants de mycoses ?

- Toutes causes entraînant une acidification vaginale ++ :
  - grossesse
  - hyperœstrogénie
  - toilette avec savon acide
- Diabète
- Corticothérapie
- Immunodépression
- Œstrogène
- Antibiothérapie à large spectre

4/ Quels sont les caractères cliniques d'une mycose ?

- Prurit vulvaire
- Leucorrhées :
  - blanchâtres ++
  - grumeleuses
  - caillotées
  - inodores
  - que l'on retourne sur une muqueuse
  - rouge vif++
  - laissant des dépôts blanchâtres sur le spéculum

N. B. : pH environ 4

5/ Quel est votre traitement d'une mycose vaginale ? ++

- Traitement ambulatoire
- Education de la patiente pour lutter contre les facteurs de risque
- Traitement local : antifongiques type gynopevaryl® en ovule gynécologique, et en crème
- Gyn-hydralin® (traitement de confort)
- Traitement du partenaire par du pevaryl® lait dans le sillon balano preputial 10 j
- Surveillance

N. B. : Si infection recidivante : dactarin® per os 8 jours

6/ Quels sont les germes responsables de leucorrhées pouvant être apportés par le partenaire sexuel ?

- Tréponème
- Gonocoque
- Chlamydiae
- Trichomonas
- Levures

7/ Quels sont les facteurs de risque des infections génitales a trichomonas vaginales

- Toutes circonstances conduisant à une alcalinisation ++du vagin :
  - hypœstrogénie (ménopause)
  - savon de Marseille
- Multiplicité des partenaires

8/ Décrivez les leucorrhées causées par les trichomonas vaginales

- Leucorrhées
  - verdâtres
  - spumeuses fluide abondante
  - hémorragiques
  - dégageant une odeur âcre
  - siégeant sur une muqueuse hémorragique, avec une colpite à gros grain

***N. B.** SF dyspareunies/dysuries/spotting post-coïtal*

***N. B.** pH basique (6 sur 7)*

9/ Traitement d'une leucorrhée par trichomonas +

- AB PO flagil® 2g aux 2 partenaire en 1 prise
- Arrêt des facteur favorisant (savon alcalin..)
- Arrêt des rapport sexuels quelques jours
- Depistage des autre MST malade et partenaire (0)
- Surveillance

10/ Dans quel cas le Sniff test est-il positif ?

- Leucorrhée par contamination génitale de type vaginose bactérienne le plus souvent à gardenella vaginalis

***N. B.** : Pour gardenella vaginalis : leucorrhée de mauvaise odeur (poisson pourri) grisâtre, fluide, peu abondante, il existe de clue cell au FCV*

11/ Traitement de leucorrhée de a gardenella vaginalis +

- Metronidasol per os (flagyl®) 2 g en monodose
- Traitement du partenaire à discuter
- Arrêt rapport sexuels quelques jours
- Dépistage des autres MST du malade et du partenaire
- Surveillance

12/ Qu'évoquer devant des leucorrhées chez une fillette ? +

- Leucorhée par vulvo vaginite infectieuse (surtout l'oxiurose)
- Corps étranger intra-vaginal

25/ Détaillez votre surveillance d'un cancer invasif après geste thérapeutique

26/ Quelle est la localisation de récidive la plus fréquente

27/ CAT face à une récidive de cancer sur col restant

28/ CAT en cas de cancer du col durant une grossesse ?

29/ Quels sont les principes de prévention du cancer du col

30/ Nommer et décrire les lésions causées par les papillomavirus. Qu'imposent-elles ?

31/ Face à un cancer du col, quelle maladie générale devez-vous rechercher aujourd'hui ?

147-CANCER DU COL DE L'UTERUS

1/ Quels sont les deux cancers féminins les plus fréquents ?

2/ Quels sont respectivement les âges moyens du cancer in situ et du cancer invasif ?

3/ Quel est l'anapath du cancer du col la plus fréquente

4/ Quels sont les facteurs de risque des cancers du col ?

5/ Quelle est la symptomatologie d'un CIS ?

6/ Quel est le symptôme le plus fréquent d'un cancer du col avancé ?

7/ Que vous apporte l'examen au spéculum dans le cadre d'un cancer du col ?

8/ Expliquer en trois lignes l'intérêt du dépistage du cancer du col

9/ Quel est le meilleur critère de la qualité d'un frottis ?

10/ Quels sont les différents types de résultats d'un frottis

11/ Comment réalisez-vous un frottis du col ?

12/ CAT devant un frottis pathologique

13/Comment réalisez vous une colposcopie

14/ Que proposez-vous en cas de colposcopie non contributive ?

15/ Donnez votre bilan d'extension d'un cancer invasif du col utérin

16/ Qu'étudie le TR dans le bilan d'extension d'un cancer du col

17/ Rappelez la classification FIGO d'un cancer du col

18/ Quel est le taux de survie à 5 ans aux différents stades ?

19/ Quels sont les facteurs pronostics

20/ Donner le traitement et la surveillance d'un CIS

21/ Quel est le traitement des stades 1A1 < 1mm ?

22/ Quel est le traitement des stades 1A1 > 1mm et < 3mm

23/ Quel est le traitement des stades 1A2 A IB1

24/ Que proposez-vous en cas de cancer du col stade IB1 a III ? ++

1/ Quels sont les deux cancers féminins les plus fréquents ?

- En premier : le cancer du sein
- En second : le cancer du col utérin

2/ Quels sont respectivement les âges moyens du cancer in situ et du cancer invasif ?

- 30 ans carcinome in situ
- 45 ans cancer invasif

3/ Quel est l'anapath du cancer du col la plus fréquente ? +++

- carcinome épidermoïde infiltrant (90 % des cas)

***N. B.** : 10% adénocarcinome*

4/ Quels sont les facteurs de risque des cancers du col ? +++

- Précocité des rapports sexuels (avant 17 ans)
- Multiplicité des partenaires
- Bas niveau socio-économique
- Infections génitales répétées : herpès II et papillomavirus 16 et 18 (31 et 33)
- Plus de 5 enfants avant l'âge de 20 ans (multiparité tôt)
- Tabac
- Immunodépression (VIH..)
- Maladie de Bowen

5/ Quelle est la symptomatologie d'un CIS ?

- Asymptomatique
- Découvert par le dépistage
- Col normal ou en rapport avec facteurs de risques

6/ Quel est le symptôme le plus fréquent d'un cancer du col avance ?

- Métrorragies provoquées (rapport sexuel+++) récidivantes de faible abondance

7/ Que vous apporte l'examen au spéculum dans le cadre d'un cancer du col ? +

- peut être normal ++
- Peut montrer dans le cadre de la recherche d'un cancer du col
  - bourgeon formation polyploïde saignant au contact
  - ulcération zone rouge hémorragique aux limites irrégulières
  - col augmenté de volume en « barillet » (cancer de l'endocol)
  - aspect en rapport avec les facteurs de risques
    - cicatrices de traumatisme
    - condylome
- Permet frottis et/ou biopsie

8/ Expliquer en trois lignes l'intérêt du dépistage du cancer du col.

- Le cancer du col est précédé par un carcinome in situ détectable par frottis
- Le cancer du col est une maladie fréquente, grave, d'évolution naturelle connue, dont le traitement diminue la mortalité, avec un test existant très sensible acceptable par la malade
- Le carcinome in situ guérit dans 100 % des cas par laser/conisation/hystérectomie.

Pronostic plus incertain pour le cancer invasif

N. B. : Plus de protocole pour les FCV : adapté a la malade

9/ Quel est le meilleur critère de la qualité d'un frottis ? ++

- Présence de cellules malpighiennes et glandulaires témoignant d'un frottis fait sur la zone de jonction endocol/exocol

10/ Quels sont les différents types de résultats d'un frottis ? +

- Normal
- Mal fait ++ →le refaire
- ASGUS ou ASCUS
- Lésion de bas ou de haut grade

***N. B.** : Devant un ASG (C) US⇒ refaire le FCV à 3 mois*

***11/ Comment réalisez-vous un frottis du col ?** +++*

- En l'absence de contre-indications
  - règles ou infections génitales
  - si leucorrhées : d'abord traiter les leucorrhées
- Avant tout toucher vaginal
- Femme en position gynécologique
- Sous spéculum : 2 prélèvements
  - prélèvements de cellules de l'endocol par cytobrosse
  - prélèvements de cellules de l'exocol à la spatule de Ayre
- Application immédiate sur lames, fixation
- Etiquetage des lames
- Information pour le labo (contexte clin...)

12/ CAT devant un frottis pathologique+++

- Devant une lésion de bas grade :
  - contrôle après désinfection à M6→si normal : surveillance annuelle (sinon colpo)
  - Ou colposcopie d'emblée avec biopsie et ex anapath

- Haut grade : colpo avec biopsie d'emblée

13/ Comment réalisez-vous une colposcopie

- Colposcopie avec visualisation de la zone de jonction ++
  - Avec application d'acide acétique et de Lugol
    pour biopsies multiples dirigées sur les zones pathologiques
    et étude anatomo-pathologique.

14/ Que proposez-vous en cas de colposcopie non contributive ?

- Conisation diagnostique

15/ Donnez votre bilan d'extension d'un cancer invasif du col utérin. +++D

- Examen clinique complet refait sous AG++ avant la chirurgie
  - TV/TR/abdomen/vagin/vulve
  - état général
  - aires ganglionnaire

  Schéma daté signé
- Bilan paraclinique :
  - échographie abdomino-pelvienne /TDM/ou IRM+++pelvien
  - urographie intraveineuse +/- systématique (IB)
  - cystoscopie/rectoscopie si suspicion d'envahissement
  - radiographie pulmonaire, +/- TDM selon résultats
  - discuter scinti. os et TDM cérébral si signes d'appels
  - bilan biologique :
    - bilan hépatique
    - bilan rénal /ECBU
    - marqueur tumoral SCC
    - sérologie HIV avec accord du malade
    - bilan préopératoire
  - évaluer le degré d'infection : prélèvements vaginaux

16/ Qu'étudie le TR dans le bilan d'extension d'un cancer du col ?++D

- Paramètres
  - vagin
  - mobilité de la cloison recto vaginal,
  - mobilité du col
- Existence de nodule de carcinose péritonéale

17/ Rappelez la classification FIGO d'un cancer du col

- Stade 0 carcinome in situ
- Stade 1 cancer limité au col
  - IAI invasion stromale inférieure à 3 mm
  - IA2 cancer microinvasif :
    - surface < 7 mm
    - profondeur < 5 mm
  - IB : invasion supérieure au stade IA2 :

    IB occulte : carcinome invasif décèle par l'histologie avec une infiltration > 5mm

    IB1 : extension des lésions < 4cm

    IB2 : extension des lésions > 4 cm
- Stade II : +++D2
  - proximal ou a : 1/3 supérieur du vagin
  - distal ou b : 1/3 moyen du vagin ou paramètre
- Stade III :
  - a : 1/3 inférieur du vagin
  - b paroi pelvienne (ou retentissement sur le haut appareil urinaire)
- Stade IV :
  - a extension aux organes voisins
  - b extension à distance

18/ Quel est le taux de survie à 5 ans aux différents stades ?

- 0 → 100%
- I et IIa → 80 ou 50% si atteinte ganglionnaire (++D2)
- IIb → 50 %
- 111 → 35%
- IV → 5 %

D'où l'importance du dépistage

19/ Quels sont les facteurs pronostics ? +++

- Volume tumoral++
- Ganglions
- Profondeur de l'infiltration
- Envahissement du voisinage (fixé ou non au petit bassin ++)
- Histo : ADK moins bon
- Le grade
- Age
- Sero VIH si CD4 < 500

20/ Donner le traitement et la surveillance d'un CIS++

- Exérèse locale par conisation chirurgicale au laser ou par amputation du col avec examen anapath si
  - diagnostic certain
  - désir de grossesse
  - dans les autres cas : hystérectomie totale
- Surveillance stricte annuelle :
  - examen clinique complet
  - TV/spéculum/TR/examen vagin et vulve /ganglion
  - frottis et colposcopie

21/ Quel est le traitement des stades 1A1 < 1mm ?

- Conisation

22/ Quel est le traitement des stades 1A1 > 1mm et < 3mm ?

- Conisation si désir de grosse sinon hystérectomie

23/ Quel est le traitement des stades 1A2 à IB1 ?+++

- Curiethérapie
  Puis colpohystérectomie élargie avec curage ganglionnaire et annexectomie bilatérale (CHELAB)
- Radiothérapie complémentaire adjuvante
  Si envahissement ganglionnaire
- Surveillance

24/ Que proposez vous en cas de cancer du col IB1 a III ? ++

- Radiochimiothérapie 1ère +/- chirurgie complémentaire

25/ Détaillez votre surveillance d'un cancer invasif après geste thérapeutique. +++

- Malade revue tous les 3mois la 1ère année
  - 6 mois pendant 3 ans
  - Puis annuellement a vie
- examen clinique complet
  avec TV/TR/spéculum (abdomen/aires ganglionnaires)
  poids et état général
  - examen soigneux du vagin +++
  - échographie rénale a J10 mois
  - frottis vaginal 1 fois par an
  - écho pelvienne, hépatique et RP 1 fois par an

26/ Quelle est la localisation de récidive la plus fréquente D

- Les aires ganglionnaires

27/ CAT face à une récidive de cancer sur col restant ?

- Curiethérapie et
- Amputation élargie
- Surveillance

28/ CAT en cas de cancer du col durant une grossesse ?

- Avant le 5ème mois : ITG
- Après le 5ème mois :
  - surveillance
  - césarienne dès que possible
  - traitement classique

29/ Quels sont les principes de prévention du cancer du col ? ++

- Primaire : Prévention des MST (préservatifs +++)
  Dépistage des lésions précancéreuses (FCV)
- Secondaire : Dépistage des lésions cancéreuses

30/ Nommer et décrire les lésions causées par les papillomavirus, qu'imposent-elles ?

- Condylomes ou « crêtes de coq » ou végétations vénériennes
- Clinique :
  - crêtes de coq, petites saillies cutanés roses pâles si elles sont vulvaires
  - lésions rouges exubérants ou leucoplasiques sur la filière génitale

- Imposent :
  - biopsie pour étude anatomopathologique
  - recherche d'autres condylomes
  - bilan de MST
  - examen et bilan du partenaire
  - traitement :
    - podophylline en application locale
    - laser si lésions étendues
- Surveillance

31/ Face à un cancer du col, quelle maladie générale devez-vous rechercher aujourd'hui ? +

- SIDA

Car :

- Sérologie HIV positive + cancer invasif du col = stade C = SIDA
- Sérologie HIV positive + cancer in situ du col = stade B

147-CANCER DE L'ENDOMETRE

1/ Quel est le type histologique le plus fréquent des cancers endométriaux ?

2/ Citez les facteurs favorisants des cancers de l'endomètre

3/ Comment intervient l'obésité dans les cancers endométriaux ?

4/ Donnez les rôles respectifs de l'œstradiol et de la progestérone dans les cancers endométriaux

5/ Quelle est la circonstance de découverte la plus fréquente ?

6/ Quelles sont vos hypothèses dg devant métrorragie post ménopausique

7/ Quels sont les points forts de l'examen clinique

8/ Que peut montrer l'examen au spéculum ?

9/ Donnez 3 examens complémentaires dans l'exploration d'une suspicion de cancer endométrial et leurs résultats

10/ Donnez votre bilan d'extension d'une tumeur endométriale

11/ Rappelez la classification de FIGO d'un cancer de l'endomètre

12/ Citez 4 facteurs pronostics d'une tumeur endométriale

13/ Quels sont les différents examens possibles pour voir l'atteinte du myomètre

14/ Donnez le traitement d'un stade 1

15/ Quel est le traitement d'un stade 2

16/ Quelle est la surveillance d'une tumeur endométriale opérée ?

17/ Donnez trois éléments du traitement préventif des cancers endométriaux

1/ Quel est le type histologique le plus fréquent des cancers endométriaux ? ++

- Cancer glandulaire ou adénocarcinome (85 % des cas)

2/ Citez les facteurs favorisants des cancers de l'endomètre. ++D2

- Généraux :
  - âge entre 60 et 70 ans
  - obésité
  - diabète
  - HTA
  - nulliparité, ou 1ère grossesse tardive
  - hérédité : familles où l'on rencontre association de cancers (endomètre, sein, colon, ovaire, utérus, prostate)
- Locaux :
  - lésions précancéreuses : hyperplasie adénomateuse / hypoplasie atypique
  - ATCD d'irradiation
  - Syndrome des ovaires polykystiques
- Hormonaux :
  - puberté précoce
  - ménopause tardive
  - hyperœstrogénie endogène ou exogène
  - œstroprogestatif séquentiels ou sans progestatif

3/ Comment intervient l'obésité dans les cancers endométriaux ?

- Par aromatisation des androgènes en œstrogènes dans les graisses conduisant à une hyperœstrogénie relative ou absolue car il s'agit d'un cancer hormonodépendant

4/ Donnez les rôles respectifs de l'œstradiol et de la progestérone dans les cancers endométriaux

- Œstradiol :
  - rôle initiateur de cancers endométriaux
  - pénètre dans les cellules par les récepteurs à l'œstradiol et augmente la synthèse d'ARN messager et ribosomial
- Progestérone :
  - rôle protecteur ++
  - augmente le catabolisme de l'œstradiol empêchant l'apparition des hyperplasies

5/ Quelle est la circonstance de découverte la plus fréquente ? ++

- Métrorragies post-ménopausiques

***N. B.** : Devant faire suspecter un cancer jusqu'à preuve du contraire*

Autres signes : leucorrhée, troubles urinaire ou rectaux.

6/ Quelles sont vos hypothèses dg devant métrorragie post ménopausique ++

- Cancer de l'endomètre (0)
- Cancer du col (0)
- Fibrome-polype
- Atrophie ou hyperplasie de l'endomètre
- Autre cause plus rare : cervicite, tumeur secrétante de l'ovaire...

7/ Quels sont les points fort de l'examen clinique ? +

- A l'interrogatoire : recherche des facteurs de risque (Q1)
  - SF (métrorragie post ménopausique, dl, leucorrhée, signe urinaire, d'autre signe de compressions)

- Cliniquement : constante
  - Palpation abdominale
  - Examen gynéco standard (TV, spéculum), TR
  - Examen des seins (0)
  - Retentissement d'une éventuelle anémie
  - Examen général complet (ganglions, foie, poumon, neuro..)

8/ Que peut montrer l'examen au spéculum ?

- Souvent normal ++
- Peut montrer :
  - origine endo-utérine du saignement
  - vaginite atrophique qui reste un diagnostic d'élimination
  - vagin humide et trophique (trop pour l'âge) critère d'hyperœstrogènie

9/ Donnez trois examens complémentaires dans l'exploration d'une suspicion de cancer endométrial et leurs résultats++

- Frottis cervicaux vaginaux systématiques souvent normaux
- Echographie pelvienne par voie abdominale et endovaginale :
  - muqueuse épaisse (> 5 mm) avec un bourgeon tumorale irrégulier
- Hystéroscopie avec curetage biopsique++ :
  - en ambulatoire sous AL ou sous AG
  - permet hystérométrie et prélèvements avec examen anapath

  N. B. : Hystérosalpingographie pratiquement abandonnée

10/ Donnez votre bilan d'extension d'une tumeur endométriale. +++D2

- Examen clinique complet reporté sur schéma daté signé
  avec :
  - aires ganglionnaires
  - et examen gynécologique sous AG++
- Cystoscopie (systématique, pendant l'hysteroscopie avec curetage)
- Rectoscopie (selon la clinique : souvent stade III IV)
- Echographie pelvienne (voie abdominale et endovaginale), et hépatique

- IRM abdominopelvien+++
- Radiographie pulmonaire
- Bilan hépatique et rénal
- Mammographie (même facteur de risque)
- Marqueur tumoraux : ACE, Ca125
- Bilan d'opérabilité (dont NFS pour une éventuelle anémie)

11/ Rappelez la classification de FIGO d'un cancer de l'endomètre

- IA : limite à l'endomètre
- IB invasion du myomètre (moins de 50 %) **D**
- IC invasion du myomètre (plus de 50 %)
- II :
  - invasion endocervicale
  - A : glandulaire
  - B : stroma
- IIIA : invasion de la séreuse
- IIIB : métastase vaginale ++
- IIIC métastases ganglionnaires para aortiques et/ou métastases pelviennes **D**
- IVA invasion vésicale et/ou intestinale
- IVB métastases à distance +

12/ Citez 4 facteurs pronostics d'une tumeur endométriale. +++D

- Facteurs de mauvais pronostic
  - âgé avancé
  - inopérabilité, tares importante
  - stade (classification FIGO)
  - facteurs anapath.
    - grade HISTO et type HISTO
    - degré de pénétration du myomètre +++
    - envahissement ganglionnaire
    - cytologie péritonéale positive
    - extension au col

13/ Quels sont les différents examens possibles pour voir l'atteinte du myomètre ? +D

- IRM pelvien+++
- Echographie pelvienne par voie abdominale et endovaginale
- TDM pelvien
- Analyse anapath d'une biopsie per hyteroscopie, ou de la pièce opératoire

14/ Donnez le traitement d'un stade 1. ++

- Traitement chirurgical
  - une hystérectomie totale extra-fasciale + annexectomie bilatérale avec examen anapath
  - avec +/- curage ganglionnaire sous veineux selon l'état général
- Curiethérapie vaginale postopératoire pour les stades Ic ou N+
- Discuter une hormonothérapie (si symptomatologie de ménopause importante)
- Surveillance

15/ Quel est le traitement d'un stade 2 ? +++D

- Traitement idemetique au cancer du col (curiethérapie per opératoire)
- Colpohysterectomie élargie avec anexectomie bilatérale et lymphadenectomie avec examen anapath
- +/- Radiothérapie post opératoire
- Surveillance

16/ Quelle est la surveillance d'une tumeur endométriale opérée ? ++

- Examen clinique tous les 6 mois durant 3 ans puis tous les ans
  - Gynécologique (fond vaginal ++, région sous urétrale +++)
  - abdominal
  - ganglionnaire
  - général
- Echographie rénale à J10
- Cytologie du fond vaginal tous les ans

N. B. *: Pas d'examen complémentaire sans signe d'appel*

17/ Donnez trois éléments du traitement préventif des cancers endométriaux

- Traitement progestatif si
  - hyperplasie endométriale
  - polypes endométriaux
  - dysovulation par insuffisance lutéale
- Traitement précoce des ovaires micropolykystiques
- Abandon de pilules séquentielles au long cours

147-FIBROMES UTERINS

1/ Définissez un fibrome utérin

2/ Quelle est la fréquence des fibromes utérins ?

3/ Existe-t-il un terrain endocrinien particulier par les fibromes ?

4/ Quelle est la forme anatomique la plus fréquente des fibromes utérins ?

5/ Quelles sont les circonstances de découverte d'un fibrome utérin ?

6/ Donner les examens complémentaires de l'exploration de tout fibrome, et leurs résultats

7/ Citer les complications classiques des fibromes utérins

2/ Citer les complications possibles d'un fibrome sur une grossesse

9/ A quoi correspond et quel est le tableau clinique d'une nécrobiose aseptique ?

10/ Quel est l'aspect échographique particulier d'une nécrobiose ?

11/ Donner votre traitement d'une nécrobiose de fibrome

12/ Donnez votre chronologie du traitement d'un fibrome utérin

13/ Quel est le mode d'action des progestatifs dans le traitement du fibrome ?

14/ Que proposez-vous en cas d'hémorragie importante

1/ Définissez un fibrome utérin

- Léiomyome = tumeur bénigne développée aux dépens des fibres musculaires de l'utérus

2/ Quelle est la fréquence des fibromes utérins ?

- Pathologie fréquente : 20 % des femmes de plus de 35 ans

3/ Existe-t-il un terrain endocrinien particulier pour les fibromes ?

- Oui
- Hyperœstrogénie relative
- Fibromes plus fréquents si
  - insuffisance lutéale
  - obésité
  - dystrophie mammaire
  - dysovulation

4/ Quelle est la forme anatomique la plus fréquente des fibromes utérins ?

- Fibromes interstitiels du corps utérin
- Plus rarement
  - fibromes sous séreux
  - fibromes sous muqueux

  développés sur corps/col ou isthme

5/ Quelles sont les circonstances de découverte d'un fibrome utérin ? +

- Méno-métrorragies
- Douleurs pelviennes
- Troubles urinaires (pollakiurie, incontinence urinaire)
- Leucorrhées, hydrorrhées, dysménorrhées
- Augmentation du diamètre abdominal
- Stérilité (fausses couches à répétition)
- Fortuite : fibromes asymptomatiques dans 50 % des cas ++

6/ Donner les examens complémentaires de l'exploration de tout fibrome, et leurs résultats. ++

- Frottis cervicaux (systématiques) en l'absence de période hémorragique si possible
- Echographie transabdominale et endovaginale
  (vessie pleine puis vessie vide)
  cherchant masse hypoéchogène / homogène / sans renforcement / aux contours postérieurs visibles
  dont on précisera taille / volume / limites / nombre
- Hystéroscopie devant toute métrorragie post ménopausique
- +/- examen urodynamique avant la chirurgie

7/ Citer les complications classiques des fibromes utérins ++

- Complications hémorragiques
  - ménométrorragie
  - anémie ferriprive
- Complications mécaniques :
  - troubles urinaires dont l'incontinence urinaire
  - troubles digestifs
  - complication aiguë : torsion aiguë d'une fibrome sous séreux pédicule
- Complication infectieuse
- Nécrobiose aseptique
- Phlébites
- Stérilité
- Complications obstétricales

8/ Citer les complications possibles d'un fibrome sur une grossesse++

- Avortement spontané
- Accouchement prématuré
- Nécrobiose aseptique
- Rupture précoce des membranes
- Hypotrophie fœtale
- Souffrance fœtale
- Obstacle prævia
- Dystocies dynamiques
- Hémorragies de la délivrance

9/ A quoi correspond et quel est le tableau clinique d'une nécrobiose aseptique ?

- Ischémie du fibrome
- Clinique :
  - douleurs pelviennes brutales et intenses
  - hyperthermie
  - douleur ou toucher vaginal
  - utérus augmenté de volume, ramolli
  - défense voire contracture abdominale

N. B. : Souvent pendant la grossesse ou un traitement par LHRH

10/ Quel est l'aspect échographique particulier d'une nécrobiose ? +

- Image en cocarde

11/ Donner votre traitement d'une nécrobiose de fibrome

- Hospitalisation et repos au lit
- Voie veineuse
- Traitement médical :
  - antibiothérapie parentérale intraveineuse
  - anti-inflammatoire
  - antalgique
  - glace sur le ventre
- Surveillance
- Puis traitement étiologique souvent chirurgical

12/ Donner votre chronologie du traitement d'un fibrome utérin. +++D

- Abstention thérapeutique :
  - surveillance clinique durant 6 mois
  - traitement d'une anémie ferriprive
- Si signes fonctionnels toujours présents ou d'emblée importants
  - traitement médical hormonal par progestatif type Lutenyl® du 15ème au 25ème jour pendant 3 mois (5ème au 25ème jour par effet contraceptif)
  - contre-indiquer les œstroprogestatifs
  - surveillance

  Classiquement : disparition à la ménopause
- Chirurgie : hystérectomie (traitement radicale) ou myomectomie (conservatrice) si échec et signes fonctionnels importants

13/ Quel est le mode d'action des progestatifs dans le traitement du fibrome ?

- Compensation de l'insuffisance lutéale
- Correction de l'hyperœstrogénie

14/ Que proposez-vous en cas d'hémorragie importante ?

- Hospitalisation en urgence
- Voie veineuse
- Bilan transfusionnel
- Traitement symptomatique (remplissage, CG..)
- Traitement hormonal par œstrogènes fortement dosés type PREMARIN®
- Surveillance
- Discuter la chirurgie : myomectomie, jusqu'à hystérectomie

153-TUMEURS DE L'OVAIRE

1/ Quelle est la proportion de tumeurs malignes ovariennes par rapport aux tumeurs bénignes ?

2/ Quels sont les facteurs de risque ?

3/ Donnez la classification macroscopique des tumeurs ovariennes

4/ Donnez la classification microscopique des tumeurs ovariennes

5/ Quelles sont les complications communes de toutes les tumeurs ovariennes ?

6/ Donnez les principaux aspects échographiques des tumeurs ovariennes

7/ Quels sont les marqueurs utilisables en cas de tumeur ovarienne ?

8/ Quel est le bilan d'extension para clinique ?

9/ Rappelez la classification d'extension des tumeurs ovariennes

10/ Quels sont les facteurs pronostics ?

11/ Quel est votre traitement d'une tumeur ovarienne maligne ?

12/ Quel est le pourcentage de tumeurs ovariennes secondaires ?

13/ Décrivez les syndromes endocriniens des tumeurs ovariennes

1/ Quelle est la proportion de tumeurs malignes ovariennes par rapport aux tumeurs bénignes ?

- 90 % des cas tumeurs bénignes
- 10 % des cas tumeurs malignes

2/ Quels sont les facteurs de risque ? +

- Nulliparité, stérilité
- ATCD familiaux de cancer de l'ovaire
- ATCD d'irradiation pelvienne

***N. B.** : Possible association cancer sein et ovaire*

3/ Donnez la classification macroscopique des tumeurs ovariennes.

- Tumeurs en apparence bénignes :
  - kyste séreux : aux parois minces, au contenu liquidien citrin, sans végétation
  - kyste dermoïde : constitué d'une substance pâteuse avec débris embryonnaires
  - kyste mucoïde : contenant un liquide visqueux
- Tumeurs en apparence malignes :
  - tumeur adhérente aux organes voisins
  - kyste présentant des végétations multiloculaires extra et intra kystiques

4/ Donnez la classification microscopique des tumeurs ovariennes. +

- Tumeurs du revêtement épithélial :
  - tumeurs séreuses :
    - bénignes : cystadénomes ou kystes séreux
    - malignes : cystadénocarcinomes séreux

- tumeurs mucineuses :
    - bénignes : cystadénomes ou kystes mucineux
    - malignes : cystadénocarcinomes mucineux
- tumeurs endométrioïdes : cystadénocarcinome et kyste endométrial
- tumeurs de Brenner

• Tumeurs des cellules germinales
  - dysgerminomes ou séminomes
  - dysembryomes ou tératomes
• Tumeurs du mésenchyme et des cordons sexuels
  - tumeurs granulo-thécales
  - tumeurs à cellules de Sertoli
  - Gynandroblastomes
• Tumeurs conjonctives : fibromes et sarcomes

5/ Quelles sont les complications communes de toutes les tumeurs ovariennes ? ++

• Compression loco-régionale
  - troubles mictionnels
  - troubles digestifs
• Torsion ++
  - douleurs/vomissements/sueurs/tachycardie/température normale/ pas de contracture vraie sur l'abdomen mais défense/masse latéro-utérine douloureuse fixée au TV
• Hémorragie
• Rupture
• Infections

6/ Donnez les principaux aspects échographiques des tumeurs ovariennes+

• Kyste séreux :
  - image uniloculaire
  - parois fines
  - contours nets
  - renforcement postérieur
  - contenu homogène

- Kyste mucoïde
  - grande taille de la masse
  - parois épaisses

- Kyste dermoïde : tumeur polymorphe
  - images de calcifications : dents

- Kyste endométriosique :
  - contenu échogène hétérogène
  - parois fine, unique, homogène et hypoéchogène

- Tumeurs malignes : +++D
  - contours irréguliers
  - contenu inhomogène, solidoliquide
  - végétation intra et extra tumorales
  - lame d'ascite
  - paroi épaissie
  - taille volumineuse
  - extension aux organes voisins, métastases hépatiques ou ganglionnaire
  - atteinte de l'ovaire controlatérale

7/ Quels sont les marqueurs utilisables en cas de tumeur ovarienne ?

- CA 125
  - le plus spécifique
  - utile pour le suivi et non pour le dépistage
- Alpha-fœtoprotéine pour le dysembryome
- HCG si contingent choriocarcinomateux
- ACE

8/ Quel est le bilan d'extension para clinique ? ++D

- Echographie pelvienne par voie abdominale et endovaginale
- IRM pelvien
- RP
- Ca125 –alfa FP, BHCG, ACE
- Bilan préopératoire, BH
- +/- ponction d'ascite
- Laparotomie exploratrice (0)

9/ Rappelez la classification d'extension des tumeurs ovariennes

- Stade I : tumeur limitée aux ovaires
  - Ia : tumeur unilatérale/capsule intacte/non extériorisée/sans ascite
  - Ib : tumeur bilatérale/capsule intacte/non extériorisée/sans ascite
  - Ic : Ia ou Ib avec atteinte de la surface de l'ovaire ou rupture capsulaire ou ascite
- Stade II : 1 ou 2 ovaires avec extension pelvienne
  - IIa atteinte de l'utérus ou des trompes
  - IIb atteinte des autres tissus pelviens
  - IIc : IIa ou IIb avec extériorisation à la surface de l'ovaire ou rupture capsulaire
- Stade III ++D2 : 1 ou 2 ovaires avec implants péritonéaux en dehors du pelvis et/ou adénopathies rétro-péritonéales et/ou adénopathies inguinales
  - IIIa : atteinte microscopique des surfaces péritonéales abdominales sans ganglion
  - IIIb : atteinte < 2 cm sans ganglion
  - IIIc : atteinte > 2 cm et/ou ganglion rétro-péritonéal et/ou inguinal
- Stade IV : métastase à distance

N. B. : 70 % cancer de l'ovaire découvert au stade III 23% de survie

10/ Quels sont les facteurs pronostics ? +++

- Classification FIGO
- Reliquat tumoral après le 1er look
- Différentiation tumorale
- Type histologique
- Réponse a la chimiothérapie en 2nd look
- Augmentation du ca125 après normalisation
- Terrain (vieux.)

11/ Quel est votre traitement d'une tumeur ovarienne maligne ? +++D (HP)

- Intervention chirurgicale
  - Hystérectomie totale sans conservation des annexes avec curage ganglionnaire
  - cytologie péritonéale
  - omentectomie
  - examen extemporanée
- Traitement complémentaire (sauf la)
  - Discuter
    - chimiothérapie : cysplatyl/endoxan
- Second look à 6 mois
- Surveillance

12/ Quel est le pourcentage de tumeurs ovariennes secondaires ? +

- 20 % des cas

Rechercher : cancer estomac/sein/endomètre

13/ Décrivez les syndromes endocriniens des tumeurs ovariennes.

- Tumeur masculinisante :
  - aménorrhée
  - atrophie de mammaire
  - hirsutisme
  - augmentation de la taille du clitoris
- Tumeur féminisante
  - puberté précoce chez la fillette
  - troubles des règles
  - métrorragies post-ménopausiques

159-CANCERS DU SEIN

1/ Quelle est la mortalité et l'incidence du cancer du sein en France ?

2/ Quelle est l'évolution naturelle d'une tumeur mammaire ?

3/ Quels sont les facteurs de risque des tumeurs malignes du sein ?

4/ Détailler votre examen clinique mammaire, que recherchez-vous ?

5/ Quels sont les critères cliniques de malignité d'une tumeur du sein ?

6/ Quelles sont vos hypothèses dg devant un écoulement sanglant

7/ Quel est le premier examen complémentaire explorant une tumeur suspecte ?

8/ Face à une tumeur du sein, quel est votre bilan para clinique de 1ère intention ?

9/ Quels sont les critères de malignité mammographiques d'une tumeur du sein ?

10/ Quels sont les critères échographiques de malignité d'une tumeur mammaire ?

11/ Qu'est ce que le triplet diagnostic ?

12/ Quel est le bilan para clinique devant une tumeur maligne ?

13/ Que vous permet une biopsie dans l'exploration d'une tumeur mammaire ?

14/ Quels sont les 3 éléments de l'indice de « Scharf et Bloom » ?

15/ Rappeler la classification TNM d'une tumeur mammaire

16/ Donnez les facteurs de mauvais pronostic d'un cancer de sein

17/ Résumez vos options thérapeutiques en fonction du stade tumoral

18/ Quel est le bénéfice de l'hormonothérapie ?

19/ Donnez 2 exemples de cures de chimiothérapie dans les cancers du sein

20/ En cas de radiothérapie complémentaire, quel est le champ d'irradiation classique ?

21/ Quelle est votre surveillance d'un cancer du sein opéré ?

22/ Que savez-vous sur le dépistage du cancer du sein ?

1/ Quelle est la mortalité et l'incidence du cancer du sein en France ? +

- Mortalité 12. 000 cas par an
- Incidence 42. 000 cas par an

2/ Quelle est l'évolution naturelle d'une tumeur mammaire ?

- Adénocarcinome correspondant à une maladie diffuse d'une parcelle de l'épithélium glandulaire responsable d'une hyperplasie atypique
  - Puis d'un carcinome in situ
  - Puis d'une tumeur invasive
- 8 années se passent avant que la tumeur soit cliniquement décelable
- Extension ganglionnaire
  - pour les tumeurs externes = adénopathies axillaires de bas en haut
  - pour les tumeurs internes = chaîne axillaire puis chaîne mammaire interne
- Extension métastatique : Foie / os / poumon / plèvre / glandes surrénales / peau / cerveau / ovaires

3/ Quels sont les facteurs de risque des tumeurs malignes du sein ? ++D2

- ATCD familiaux de cancers du sein
- Puberté précoce (avant 12 ans)
- Ménopause tardive (après 55 ans)
- Nulliparité
- Absence d'allaitement
- Première grossesse tardive (> 35 ans)
- Irradiation
- ATCD personnels ou familiaux de cancers du sein, ovaire, endomètre, colorectal
- Obésité
- Faible fécondité
- Mastopathies bénignes
- Niveau socio-économique élevé

***N. B.** : N'existe que dans 25% des cas de cancer souvent dû à une hyperœstrogénie relative (donc même facteur de risque que le cancer de l'endomètre)*

4/ Détailler votre examen clinique mammaire, que recherchez-vous ? +++

- Interrogatoire :
  - facteurs de risque
  - signes fonctionnels (prurit, douleur, AEG..)
- Examen clinique : examen bilatéral comparatif (schéma daté signé)

femme torse nu debout ou assise puis couchée avec mobilisation des bras

- inspection de face, de profil et à jour frisant
  - asymétrie de volume
  - rétraction cutanée, ulcération, inflammation cutanée
  - eczéma du mamelon
  - écoulement
- palpation a plat contre le grill costal quadrant par quadrant :
  - mobilité
  - consistance
  - tumeur dont on précisera le siège, la taille, la fixité, les limites anatomiques (régulières ou non), le caractère douloureux, adhérence aux plans profond et superficiel
  - rétraction cutanée
  - pression du mamelon cherchant un écoulement
- aires ganglionnaires
- TV, spéculum
- Examen général (foie...)
- FCV

5/ Quels sont les critères cliniques de malignité d'une tumeur du sein ? +++

- Facteurs de risque
- Localement :
  - tumeur :
    - dure
    - mal limitée
    - adhérente à la peau (signe du capiton)
    - fixée au plan profond (abduction contrariée de tillaux)
    - avec peau d'orange ou rétraction cutanée en regard
    - écoulement suspect
  - invasion ganglionnaire
- Généralement : AEG, signe de métastase

6/ Quelles sont vos hypothèses dg devant un écoulement sanglant +

- Evoquer systématiquement : un cancer du sein
- papillome bénin intracanalaire
- une ectasie galactophorique

N. B. *: On fera mammographie, échographie mammaire, galactographie*
Si le doute persiste, on fera un pyramidectomie avec examen anapath

7/ Quel est le premier examen complémentaire explorant une tumeur suspecte ? ++

- Mammographie bilatérale comparative

8/ Face à une tumeur du sein, quel est votre bilan paraclinique de 1ère intension ? +++

- Toute tumeur mammaire est cancéreuse jusqu'à preuve du contraire d'où au moindre doute :
  - mammographie bilatérale comparative, face et profil
  - galactographie si écoulement
  - échographie mammaire si anomalie à la mammographie ou si femme jeune
  - cytologie par cytoponction si nodule aisément palpé
  - microbiopsie pour étude anapath. Mammographie ou écho guidée
- Bilan d'extension à distance

9/ Quels sont les critères de malignité mammographique d'une tumeur du sein ? +++D

- Opacité dense et stellaire spiculée
- Hétérogène
- Contours irréguliers (prolongations en spicules)
- Volume inférieur au volume palpé cliniquement (car œdème péri tumoral)
- Rétraction cutanée en regard ou épaississement cutané
- Halo péri tumoral
- Présence de microcalcifications les plus suspectes (irrégulière, vermiculaire..)

10/ Quels sont les critères échographiques de malignité d'une tumeur mammaire ? ++

- Volumineuse
- Hétérogène
- Hypoéchogène
- Limites floues
- Forme irrégulière
- Sans renforcement postérieur mais avec un cône d'ombre
- A grand axe vertical

11/ Qu'est ce que le triplet diagnostic ? ++

- Tumeur cliniquement maligne
- Mammographie typique
- Cytologie positive

→ diagnostic fiable a 99%

12/ Quel est le bilan paraclinique d'une tumeur maligne ? +++D2

Bilan biologique :

- Marqueurs tumoraux sériques :
  ACE / CA 15-3 : taux de référence pour le suivi (pas pour le dépistage)
- Bilan phosphocalcique
- Bilan hépatique : transaminases / bilirubine / PA / gamma GT
- Bilan préopératoire
- Bilan préchimio et pré radiothérapie

Bilan d'extension :

- Radiographie pulmonaire face + profil
  +/- TDM thoracique
- Echographie hépatique
  +/- TDM abdominal
- Scintigraphie osseuse
  +/- radiographies centrées sur zones hyperfixantes
- Autre selon signe d'appel

13/ Que vous permet une biopsie dans l'exploration d'une tumeur mammaire ? +

- Intérêt diagnostique = étude anatomopathologique
- Grading histopronostic (scarf et bloom)
- Dosage de récepteurs hormonaux
- Cytométrie de flux

14/ Quels sont les 3 éléments de l'indice de « Scharf et Bloom » ? +

- L'indice de Scharf et Bloom est fixé par l'examen anapath.
- Il varie de I à III, III étant de plus mauvais pronostic
- 3 éléments :
  - degré de différenciation de la tumeur
  - pleïomorphisme des noyaux
  - activité mitotique

15/ Rappeler la classification TNM d'une tumeur mammaire

- T : Taille
  - TO ⇒ non palpable
  - TI ⇒ moins de 2 cm (< stricte!) D
  - T2 ⇒ entre 2 et 5 cm
  - T3 ⇒ plus de 5 cm
  - T4 ⇒ extension à la paroi ou à la peau, état inflammatoire, peau d'orange
- N : Invasion ganglionnaire
  - NO ⇒ pas d'adénopathie cliniquement envahie
  - NI ⇒ adénopathie axillaire mobile
  - N2 ⇒ adénopathie homolatérale en bloc
  - N3 ⇒ adénopathie mammaire interne homolatéral
- M : Métastase osseuse
  - MO ⇒ pas de métastase
  - MI ⇒ métastase (s)

N. B. : *PEV0 : vitesse de croissance normale*
PEV1 : doublement en poins de 6 mois
PEV2 : inflammation cutanée localisée (< 1/3 du sein)
PEV3 : inflammation cutanée diffuse (> 1/3 du sein)

16/ Donnez les facteurs de mauvais pronostic d'un cancer de sein. +++D2

- Taille de la tumeur (> 2 cm) et classification TNM
- Grade histopronostique (III > II > I)
- Taux de récepteurs hormonaux (faible=mauvais)
- PEV important
- Terrain : âge < 35 ans, terrain vulnérable
- Type histologique
- Envahissement cutané, pariétal ou ganglionnaire
- Embolies tumorales vasculaires, rupture capsulaire
- Cytométrie de flux
- CerBb2 -

17/ Résumez vos options thérapeutiques en fonction du stade tumoral+++

- T < 3 cm
  - tumorectomie - curage +examen extemporané (++) et examen anapath
    - si N+ ou SBR II III ou âge < 35 ans ou T > 2 cm : chimiothérapie adjuvante puis radiothérapie adjuvante
    - sinon seulement radiothérapie adjurante
    - puis hormonothérapie si Récepteur hormonaux positifs
- T > 3 cm :
  - chimiothérapie néo adjuvante
    - si réduction de taille tumorale < 3 cm ⇒ cf. supra
    - si persistance de la taille > 3 cm :
      - → mastectomie radicale modifiée (de Patey) avec curage ganglionnaire et examen anapath
      - → chimiothérapie adjuvante
      - → radiothérapie adjuvante sur le sein restant
- Surveillance dans tous les cas

18/ Quel est le bénéfice de l'hormonothérapie +D2

- Augmente la durée de survie, et le taux de survie
- Diminue le risque de rechute
- Améliore le confort

19/ Donnez 2 exemples de cures de chimiothérapie dans les cancers du sein

- 5FU/adriamycine cyclophosphamide (FAC)
- 5FU/Epirubicine/Cyclophosphamide/ (FEC++)

20/ En cas de radiothérapie complémentaire, quel est le champ d'irradiation classique ? D2

- Champ mammaire homolatéral et complément sur le lit tumoral
- Paroi thoracique
- Aires ganglionnaires homolatérales : mammaire int/sus claviculaire si N+

21/ Quelle est votre surveillance d'un cancer du sein opéré ? +++D2

Surveillance
- Tous les 3 mois durant 2 ans
- Puis tous les 6 mois durant 3 ans
- Puis tous les ans à vie (0)

avec :
- Examen clinique :
  - local bilatéral comparatif
  - aires ganglionnaires, TV,
  - général (neuro, abdo..)
  - tolérance du traitement
- Frottis cervico-vaginal
- Bilan biologique pour certain :
  - NFS/VS/CRP
  - bilan hépatique
  - calcémie
  - CA 15-3
  - ACE

- Imagerie :
  - mammographie bilatérale et échographie annuelle
  - radiographie pulmonaire
  - échographie hépatique

22/ Que savez sur le dépistage du cancer du sein ?+

- Autopalpation possible
- Examen clinique annuel par un gynécologue (sein +ganglion)
- mammographie de dépistage systématique bilatérale entre 50 a 69 ans (jusqu'à 74 ans)
- Tous les 2 ans, avec au moins deux incidences, vus par deux radiologues

159-PATHOLOGIES BENIGNES DU SEIN

1/ Quelles sont les actions de l'œstradiol sur les seins ?

2/ Quelles sont les actions de la prolactine sur les seins ?

3/ Qu'est-ce qu'un papillome intraductal ?

4/ Donnez les signes cliniques classiques d'un adénofibrome du sein

5/ Que peut montrer une mammographie en cas d'adénofibrome du sein ?

6/ Quels sont les éléments échographiques distinguant l'adénofibrome du cancer du sein ?

7/ Que proposez-vous en cas d'adénofibrome du sein ?

8/ Donnez les résultats de l'examen clinique d'un kyste du sein

9/ Que peut montrer l'échographie en cas de kyste mammaire ?

10/ Citez les 2 traitements possibles d'un kyste mammaire, lequel doit-on privilégier ?

11/ Qu'est ce qu'une tumeur phyloïde ?

12/ Qu'est ce qu'une mastopathie fibro kystique ?

1/ Quelles sont les actions de l'œstradiol sur les seins ?

- Prolifération de galactophores en longueur (augmentation de l'activité mitotique à son extrémité)
- Augmentation de la perméabilité capillaire et donc de l'œdème du stroma conjonctif

2/ Quelles sont les actions de la prolactine sur les seins ?

- Action sur la lactation :
  - stimule l'activité sécrétoire de l'épithélium glandulaire
  - stimule la croissance des cellules épithéliales des acini en présence d'œstradiol

3/ Qu'est-ce qu'un papillome intraductal ?

- Papillome solitaire développé sur les canaux terminaux
- Âge moyen de survenue = 50 ans
- Souvent associé à un écoulement sanglant et à une inflammation locale
- Une tuméfaction peut être associée
  Représentée par le canal dilaté par le sang et le papillome
  Elle est bien limitée et associée à une rétraction cutanée en regard
  ***N. B.** : Diagnostic différentiel : Cancer /ectasie galactophorique*
  Risque de cancérisation

***4/ Donnez les signes cliniques classiques d'un adénofibrome du sein.** +*

Femme jeune : 20 à 30 ans
Il s'agit :

- D'un nodule :
  - isolé
  - unique
  - ferme
  - élastique

- superficiel
- bien limité
- de taille constante quelque soit le moment du cycle
- mobile par rapport aux plans superficiels et profonds
- sans signe cutané en regard
- sans adénopathie

***N. B.** : Cause n°1 de tumeur bénigne de la femme jeune*

5/ Que peut montrer une mammographie en cas d'adénofibrome du sein ? +

- Opacité bien visible
  - de même taille que la tumeur palpée
  - aux contours réguliers
  - homogène
  - avec parfois des macrocalcifications
  - sans halo péri tumoral

6/ Quels sont les éléments échographiques distinguant l'adénofibrome du cancer du sein ?

- Pour l'adénofibrome :
  - caractère homogène de l'image, hypoéchogène
  - taille voisine de la taille clinique
  - contours nets
  - image de renforcement postérieur
  - à grand axe horizontal
- L'inverse de ces éléments s'observe en cas de cancer (sauf l'échogénéicité)

7/ Que proposez-vous en cas d'adénofibrome du sein ?

- Bilan complet :
  - clinique bilatéral comparatif
  - mammographie
  - échographie
  - cytoponction

2 possibilités : +
  - exérèse complète pour étude anatomopathologique
  - surveillance clinique et échographique annuelle

l'abstention thérapeutique peut être justifiée si
  - patiente jeune
  - suivi possible clinique et mammographique
  - aucun doute diagnostique

8/ Donnez les résultats de l'examen clinique d'un kyste du sein.

- Tumeur mammaire apparaissant en période pré ménopausique (++) dans un contexte de dystrophie mammaire le plus souvent
- Tumeur :
  - isolée
  - mobile
  - limites nettes
  - rénitente
  - douloureuse +
  - dont la taille varie au cours du cycle+
  - sans rétraction cutanée
  - avec parfois des adénopathies homolatérales non suspectes

9/ Que peut montrer l'échographie en cas de kyste mammaire ?

- Examen intéressant
  - permet d'affirmer la nature liquidienne
  - précise taille/siège/limites/rapports
  - permet étude de la paroi
    - anéchogène
    - déformable
    - avec renforcement postérieur

N. B. : La mammographie permet une étude des calcifications périphériques/arciformes/incluses dans la paroi

10/ Citez les deux traitements possibles d'un kyste mammaire, lequel doit-on privilégier ?

- Traitement médical :
  - traitement par progestatif pour pallier à l'insuffisance lutéale
- Traitement chirurgical

  Privilégier le traitement médical car le traitement chirurgical expose.
  - séquelles physiques
  - risque de cancérisation augmenté

11/ Qu'est ce qu'une tumeur phyloïde

- Femme de 45 ans, ayant une masse croissante +/- rapide
- Mamo : image identique a l'adénofibrome
- Echo : image ovoïde, hypœchogène, hétérogène
- Evolution :
  - récidive (15%)
  - Métastase
- Traitement : exerèse large avec examen anapath
- Surveillance clinique et échographique par 5 ans

12/ Qu'est ce qu'une mastopathie fibro kystique

- Cliniquement : mastodynie cyclique (début après ovulation) surtout au niveau du quadrant superœxterne
- En période post menstruelle, le sein a un placard ambiguë, un écoulement mamelonnaire, avec une adénopathie axillaire
- Mamo : dure : opacité kystique, micro calcification
- Echo : voit les kystes++
- Traitement :
  - rassurer la malade, avoir un bon soutien gorge++
  - Diminuer les excitants, régime hypocalorique
  - Œstroprogestatif avec un climat progestatif antiœstrogénique

***N. B.** : Risque de cancer*

183-ACCUEIL DE VICTIME SEXUELLE

1/ Quel est l'examen clinique d'une victime sexuelle

2/ Quels sont les examens complémentaires après une agression sexuelle +

3/ CAT après l'examen clinique +

1/ Quel est l'examen clinique d'une victime sexuelle ?

- Si possible réalisé par un professionnel (gynécologue compétent) +++
- Interrogatoire : ATCD médicaux, gynécologiques
  - Activité sexuelle antérieure
  - Prise de contraception
  - DDR, date du dernier FCV
  - HDM : date, heure de l'événement (< 72 h ?)
  - A-t-elle porté plainte
  - Toilette effectue depuis l'agression, vêtement ont été change ?
  - Nature de l'agression (non nécessaire à rappeler si la déclaration a déjà été faite a la police)
  - SF
- Examen physique
  - Description des lésions (localisation, type, taille, ancienneté)
  - Examen gynéco : inspection de la vulve des lèvres, de l'hymen
    - Spéculum si possible
    - TV a 1 ou 2 doigts
    - TR facultatif
- Examen psychologique ++
- Réalisation de prélèvements +++ (4 prélèvements par site recommandé ++) : sur la peau la vulve, le périnée, le vagin, l'endocol, l'exocol, les cul de sac, la bouche...

2/ Quels sont les examens complémentaires après une agression sexuelle +

- Bilan MST à j0 M1 et M3 (chlamydia, syphilis, HBV, HCV, HIV avec accord
- BHCG d'indication large
- Bilan pré thérapeutique avant trithérapie antivirale : NVSpq, iono, urée creat BH

3/ CAT après l'examen clinique +

- Arrêt de travail
- Rédaction d'un certificat médical
- Pilule du lendemain : NORLEVO®
- ATB prophylactique : doxycicline PO 8j
- Trithérapie antivirale d'indication large
- Prise en charge psychologique
- Contrôle sérologique (M1 M3)
- Surveillance

243-HEMORRAGIE GENITALE DE LA FEMME

1/ Quels sont les différents type d'hémorragie génitale ? +

2/ Quel est votre interrogatoire ?

3/ Quel est votre examen physique ?

4/ Quel est votre examen physique ?

5/ Que faut-il faut toujours éliminer devant une HG ? ++

6/ Quelles sont les étiologies d'origine cervicale ?

7/ Quelles sont les étiologies en provenance du corps de l'utérus ?

8/ Quelles sont les étiologies d'origine annexielles ?

9/ Quelles sont les causes hormonales d'HG ?

10/ Quelles sont les étiologies à évoquer en post ménopause ? +

1/ Quels sont les différents types d'hémorragie génitale ? +

- HG basse :
  - vulvaire, vaginale et cervicales (partie visible du col)
- HG haute :
  - ménorragie : anomalie du cycle menstruel avec une augmentation de la durée ou de l'abondance des règles :
  - polyménorrhée : anomalie de durée et d'abondance
  - hyperménorrhée : règles de durée normale mais trop abondantes
  - métrorragie : saignement survenant en dehors des règles
  - macroménorrhée : règles trop longues mais d'abondance normale
  - pollakiménorrhée : règles trop fréquentes dont les cycles sont trop courts

2/ Quel est votre interrogatoire ?

- Age
- ATCD familiaux de trouble de l'hémostase
- ATCD perso : curetage, cœlioscopie, GEU, fibrome
- ATCD obstétricaux : âge 1ère règles, troubles des règles, pathologie gynécologique (fibrome, salpingite..), pose d'un stérilet
- Prise d'un traitement (dont les THS)
- Date des dernières règles
- Caractère du saignement : mode de début, abondance, couleur, durée, calendrier
- Signes associés : signes sympathiques de grossesse, douleur, dyspareunie, leucorrhée
- Signes de gravité : pâleur, malaise douleur importante

3/ Quel est votre examen physique ?

- Pouls, TA, température
- Apprécier la gravité : signes de choc, d'hémorragie massive
- Examen des seins (tendu pour la grossesse)
- Abdomen : douleur, météorise masse, défense, contracture
- Gynéco : spéculum : origine et abondance du saignement
- TV : taille de l'utérus, douleur à la mobilisation, annexe en cul de sac

4/ Que faut-il toujours éliminer devant une HG ? ++

- Une grossesse (GIU, GEU)

5/ Quelles sont les étiologies d'origine cervicale ?

- Cancer du col (0)
- Cervicite
- Polype accouché par le colendométriose

6/ Quelles sont les étiologies en provenance du corps de l'utérus ?

- Fibrome (0)
- Polype intra-utérins
- Cancer de l'endomètre (0)
- Adénomyose
- Endométrite
- DIU

7/ Quelles sont les étiologies d'origine annexielles ?

- Trompe :
  - salpingite (0)
  - Tumeur de la trompe
- Ovaire : tumeur

8/ Quelles sont les causes hormonales d'HG ?

- HG inter menstruelles durant l'ovulation ⇒ pas de traitement
- HG prémenstruels du a une insuffisance lutéale ⇒ traitement par progestatif
- HG post menstruelle due à une insuffisance œstrogénique ⇒ traitement par œstrogène
- Cause iatrogène :
  - spotting sous pilule OP
  - atrophie endométriale sous progestatif

9/ Quelles sont les étiologies à évoquer en post ménopause ? +

- Cancer de l'endomètre (0)
- En l'absence de THS :
  - atrophie endométriale (paroi endométriale < 3 mm en écho)
- En présence de THS :
  - hyperplasie de l'endomètre
  - fibrome apparu sous THS
- Rarement :
  - tumeur de la trompe
  - cancer de l'ovaire
  - hyperplasie du à une tumeur sécrétante

292-ALGIES PELVIENNES DE LA FEMME

1/ Quel est l'interrogatoire devant une AP ?

2/ Quel est votre examen physique ?

3/ Quels sont les examens complémentaires de 1ere intention +

4/ Quelles sont vos hypothèses diagnostiques devant de pelvialgies chronique cyclique et décrivez les ? +

5/ Quelles sont les étiologies des pelvis algies chronique non cyclique ?

6/ Qu'est ce que le syndrome de Master et Allen ?

7/ Quelles sont les causes de pelvie algie aiguë ? ++

8/ Quelle est la clinique d'une torsion d'annexe et son traitement ? ++

1/ Quel est l'interrogatoire devant une AP ?

- ATCD personnels ou familiaux de pathologie digestive, urinaire, de cancer
- ATCD gynéco : MST, salpingite herpes
- ATCD obstétricaux : FCS, GEU, complication gravidique...
- Traitement en cours
- HDM
- Intensité de la douleur : aiguë ou chronique ++
- Périodicité par rapport aux règles ++ (pré, inter menstruel, dysménorrhée)
- Caractéristique de la douleur :
  - allure évolutive
  - siège, irradiation
  - type : tiraillement, déchirure, pesanteur...
  - facteur déclenchant : rapport sexuel, effort après un accouchement (syndrome de Master Allen), un curetage (synéchies, endométrite) une chirurgie (adhérence)
- Signes associés : urinaire, digestif, infectieux, trouble du cycle, troubles sexuels, problèmes psychologiques, date des dernières règles

2/ Quel est votre examen physique ?

- Pouls TA température
- Examen général :
  - urinaire : palpation des fosse lombaire, contact lombaire
  - rhumatologique : douleur au niveau de la symphyse pubienne, du rachis...
  - digestif : douleur abdominale, TR,...
- Examen gynécologique :
  - inspection de la vulve, et pose d'un spéculum
  - TV : douleur, taille, position douleur utérine, mobilité, palaption des cul de sac
  - +/- TR

3/ Quels sont les examens complémentaires de 1ere intention +

- B HCG
- NFS VS
- Echographie pelvienne par voie abdominale et endovaginale

4/ Quelles sont vos hypothèses diagnostiques devant de pelvialgies chroniques cycliques et décrivez les ? +

- Syndrome inter menstruel : secondaire à l'ovulation associant
  - douleur
  - hémorragie inter menstruelle
  - gonflement abdomino pelvien
- Syndrome prémenstruel : souvent chez la femme longiligne, névrotique associant
  - des signes mammaires (mastodynie…)
  - une congestion pelvienne (ballonnement...)
  - trouble psychique (irritabilité, anxiété)
  - manifestation extra génitale (céphalée dyspnée…)

  ⇒ Traité par progestatif
- Dysménorrhée :
  - fonctionnelles ou primaire +++
  - organique :
    - endométriose (dysménorrhée du 3ème jour)
    - sténose organique du col (congénital ou acquise)
    - infection génitale chronique

5/ Quelles sont les étiologies des pelvis algies chronique non cyclique ?

- Douleur extra génitales :
  - digestive (colite..)
  - urinaire : infection urinaire, colique néphrétique, cystalgie a urine claire
  - rhumatologique

- Douleur génitales :
  - infection péri utérine chronique : souvent salpingite chronique, ou tuberculose uro génitale
  - endométriose pelvienne
  - dystrophies ovarienne polykystique
  - dyspareunie profonde ou superficielle
  - malposition utérine : rétro déviation par adhérence
  - rétro déviation par syndrome de Master et Allen forme évoluée de cancer du corps ou du col utérin
  - cause essentielle

6/ Qu'est ce que le syndrome de Master et Allen ?

Il s'agit d'une rupture des ligaments de Mackenrodt après un accouchement traumatique
Cliniquement :
- Douleur pelvienne exagérée à la station debout
- Dyspareunie profonde balistique avec une douleur persistant plusieurs heures après le rapport
- Col extrêmement mobile, corps utérin rétroversé
- Cœlioscopie : Déchirure des ligaments de Mackenrodt avec un utérus gros marbré et violacé par endroit

7/ Quelles sont les causes de pelvie algie aiguë ? ++

- GEU (0)
- Salpingite (0)
- Fibromes compliqués : nécrobiose, torsion, accouché par le col
- Torsion d'annexe (0) (ovaire seul, ou ovaire et trompe)
- Rupture hémorragique du corps jaune
- Cause extra génitale : appendicite (0), PNA : colique néphrétique, occlusion, colite spasmodique

8/ Quelle est la clinique d'une torsion d'annexe et son traitement ? ++

- Tableau abdominal aigu (nausée, vomissement, défense voire contracture)
- Signe orientant :
  - notion de kyste de l'ovaire
  - douleur unilatérale irradiant vers la cuisse
  - TV : masse latéro utérine unilatérale douloureuse indépendante de l'utérus
  - Confirmé par l'échographie
  - βHCG négatif
- Traitement : chirurgie en urgence en cœlioscopie si possible :
  - détorsion de l'annexe
  - vérification de sa vitalité
  - si nécrosé : anexectomie

(HP292)-ENDOMETRIOSE

1/ Qu'est-ce que l'endométriose ? Quels en sont les 2 grands types ?

2/ Quel est le tableau clinique de l'endométriose externe ?

3/ Quels sont les 3 examens complémentaires classiques de l'exploration de l'endométriose ?

4/ Comment expliquez-vous la fréquente stérilité dans l'endométriose ?

5/ Quel est le tableau classique de l'adénomyose ?

6/ Quel est l'examen complémentaire le plus contributif dans l'exploration d'un adénomyose ?

7/ Quel est votre traitement d'une adénomyose ?

8/ Quel est votre traitement d'une endométriose externe ?

1/ Qu'est-ce que l'endométriose ? Quels en sont les 2 grands types ?

- Endométriose :
  - présence en situation ectotopique de tissus possédant les caractères morphologiques et fonctionnels de l'endomètre utérin
- 2 grands types :
  - adénomyose → tissus à l'intérieur du myomètre
  - endométriose externe → tissus parcernés sur pelvisipéritoines pariétal et viscéral/ovaires

N. B. : 1 à 2 % de la population générale

2/ Quel est le tableau clinique de l'endométriose externe ?

Femme jeune (entre 20 et 30 ans)
Clinique :

- Algies pelviennes chroniques permanentes ou intermittentes
- Dysménorrhées secondaire et tardive (3ème jour)
- Dyspareunies profondes
- Stérilité primaire
- à l'examen :
  - rétroversion utérine fixée et douloureuse
  - nodules douloureux des ligaments utéro-sacrés
  - nodules bleutés douloureux sur l'exocol
  - parfois kyste ovarien
  - TR indispensable

3/ Quels sont les 3 examens complémentaires classiques de l'exploration de l'endométriose ? +

Echographie pelvienne et vaginale
Cherchant des kystes ovariens arrondis

- Limites nettes
- Avec échos de faible brillance
- Renforcement postérieur

Hystérosalpingographie

Cherchant :

- Signes directs
  - diverticules pathognomoniques de la portion proximale des trompes en « boule de gui »
  - dilatations localisées monoliformes des trompes
- Signes indirects :
  - rétroversion utérine
  - image en baillonnette col et corps utérins
  - oblitérations tubaires distales

Cœlioscopie :

Cherchant

- Points bleutés sur ovaires/utérus/tube digestif
- Indurés en foyer
- Kyste de l'ovaire

4/ Comment expliquez-vous la fréquente stérilité dans l'endométriose ?

Stérilité présente dans 30 à 50 % des cas par atteinte annexielle (souvent tubaire)

5/ Quel est le tableau classique de l'adénomyose ?

- Femme plus âgée (35 ans) et multipare
- Clinique :
  - ménométrorragies
  - douleurs pelviennes rythmées par les règles (dysménorrhées tardives)
  - à l'examen : gros utérus fibreux

6/ Quel est l'examen complémentaire le plus contributif dans l'exploration d'un adénomyose ?

- Hystérosalpingographie :
  - Diverticules rectilignes et courts terminés en massue situés dans le myomètre reliés à angle droit avec la cavité utérine
  - Rigidité segmentaire
  - Tuba erecta

7/ Quel est votre traitement d'une adénomyose ?

- Traitement hormonal :
  - par progestatifs à fortes doses (type LUTENYL®)
  - du 5ème au 25ème jour du cycle ou en continu durant 6 mois
  - pour atrophie endométriale
- Surveillance

***N. B.** : Si échec, nouvelle cure, si échec : hystérectomie*

8/ Quel est votre traitement d'une endométriose externe ?

- Abstention thérapeutique si endométriose bien supportée
- Si formes plus algiques
  - Antalgiques
  - progestatifs seuls en continu/danazol/analogue de la LHRH (decapeptil®) / ou androcur®
  - soutien psychologique
  - chirurgie : exérèse des lésions ou hystérectomie dans les formes sévères
- Surveillance

296-AMENORRHEES PRIMAIRES

1/ Qu'est ce qu'une aménorrhée Primaire ? +

2/ Quel est l'examen clinique ?

3/ Quels sont les examens complémentaires 1ère intention ? +

4/ Quelles sont vos hypothèses diagnostique devant des caractères sexuels normaux ?

5/ Quelles sont vos hypothèses diagnostique devant une virilisation des caractères sexuels secondaires ?

6/ Quelles sont vos hypothèses diagnostique devant pas de caractère sexuel secondaire ?

1/ Qu'est ce qu'une aménorrhée Primaire ? +

- Absence d'écoulement menstruel à :
  - 16 ans si les caractères sexuels sont normaux
  - 14 ans s'ils sont anormaux

2/ Quel est l'examen clinique

- Interrogatoire
- ATCD familiaux : âge de la puberté
- ATCD personnels :
  - pathologies médicales (tuberculose, maladie chronique…)
  - chirurgicaux : au niveau du petit bassin
- Traitement en cours (chimio, radiothérapie, corticothérapie)
- Etat du développement pubertaire spontané
- Signe d'accompagnement : douleurs cycliques, troubles olfactifs, visuels..
- Profil psychologique
- Examen clinique
  - Poids, taille
  - stade pubertaire de tanner
- Examen gynéco : vulve
  - développement des autres caractères sexuels
  - TR
- Examen général :
  - galactorrhée
  - acné…

3/ Quels sont les examens complémentaires 1er intention +

- Courbe de température sur 2 mois
- Radio de la main
- Dosage de FSH et prolactine
- Echographie pelvienne

4/ Quelles sont vos hypothèses diagnostique devant des caractères sexuels normaux

Courbe bi-phasique

- Douleur cyclique :
  - imperforation de l'hymen
  - aplasie vaginale
  - cloison transversale du vagin
- Pas de douleurs cycliques :
  - Syndrome de Rokitanski-Kuster-Hauser
  - Tuberculose génitale pré pubertaire

Courbe monophasique :

- Testicule féminisant (→testosteronémie à niveau masculin)

5/ Quelles sont vos hypothèses diagnostiques devant une virilisation des caractères sexuels secondaires ?

- Hyperplasie congénitale des surrénales
- Syndrome tumoral (tumeur virilisante de l'ovaire ou de la surrénale)
- Dystrophie ovarienne (OPK)

6/ Quelles sont vos hypothèses diagnostiques devant pas de caractère sexuel secondaire ?

- Si os sésamoïde présent : retard pubertaire (QS)
- Si os absent : impubérisme : doser FSH –LH
  - Elevée :
    - Syndrome de Turner
    - Altération ovarienne congénitale ou acquise
  - Basse :
    - Tumeur hypothalamo-hypophysaire
    - Cause générale (sportif haut niveau)
    - Cause endocrinienne (hypothyroïdie, syndrome de Kallman et Morsier)

296-AMENORRHEE SECONDAIRE

1/ Quelle est la définition d'une aménorrhée secondaire ?

2/ Détailler votre interrogatoire en présence d'une aménorrhée secondaire

3/ Quelle est la première étiologie à éliminer devant une aménorrhée secondaire ?

4/ Donnez les causes utérines d'aménorrhée secondaire

5/ Quels sont les aspects d'une hystérosalpingographie en cas de tuberculose utérine ?

6/ Citez les examens complémentaires de 1ère intention dans l'exploration d'une aménorrhée secondaire

7/ Quelles sont les causes d'insuffisance ovarienne primaire ?

8/ Donnez les causes d'aménorrhées secondaires d'origine haute

9/ Donnez le profil hormonal d'un « Stein Leventhal »

10/ Quels sont les examens complémentaires 1ère intention devant OPK1 (après Q6) ++ D

11/ Quelles étiologies évoquer devant une A. Primaire avec une courbe bi-phasique, FSH LH normale ?

12/ Quelles étiologies évoquer devant une A. Primaire avec une courbe mono-phasique, FSH LH augmentée ?

13/ Quelles étiologies évoquer devant une A. Primaire avec une courbe monophasique, FSH LH diminuée ?

14/ Quelles étiologies évoquer devant une A. Primaire avec une courbe monophasique, FSH normale et LH augmentée ?

1/ Quelle est la définition d'une aménorrhée secondaire ? +

- Absence de menstruation depuis plus de 3 mois chez une femme antérieurement réglée

2/ Détailler votre interrogatoire en présence d'une aménorrhée secondaire+

- Temps fondamental
- Signes fonctionnels :
  - douleur ? ++
  - écoulement ?
  - galactorrhée ?
  - bouffées de chaleur ? ++
  - céphalées ?
- Mode survenue :
  - ATCD familiaux (âge ménopause de famille..)
  - ATCD personnel (TBK..)
  - ATCD de spanioménorrhée
  - début brutal ou progressif
  - ATCD de curetage/IVG/accouchement/radiothérapie
- Traitement en cours
- Activité sportive
- Rechercher signes de grossesse (Cf.)
- Rechercher
  - maladie générale
  - hirsutisme, acné, alopécie
  - anorexie mentale
  - choc psychologique

3/ Quelle est la première étiologie à éliminer devant une aménorrhée secondaire ? +++

- Grossesse

4/ Donnez les causes utérines d'aménorrhée secondaire+

- Sténose du col utérin (après conisation ou amputation)
- Synéchies traumatiques (post curetage ou IVG)
- Tuberculose génitale
- Atrophie endométriale

5/ Quels sont les aspects d'une hystérosalpingographie en cas de tuberculose utérine ? +

- Calcifications utérines à l'ASP
- Synéchies en doigts de gants
- Trompes utérines rigides en fil de fer

6/ Citez les examens complémentaires de 1ère intention dans l'exploration d'une aménorrhée secondaire ++

- Courbe de température
- Bêta HCG (0)
- Bilan hormonal : FSH/LH/prolactine
- +/- écho pelvienne

7/ Quelles sont les causes d'insuffisance ovarienne primaire ? +

- Ménopause précoce (< 40 ans)
- Ovariectomie bilatérale
- ATCD de radiothérapie ou de chimiothérapie (ENDOXAN/BUSULBAN)
- Anomalies chromosomiques
- Hypoplasie ovarienne
- Ovarite auto-immune
- Atteinte virale (oreillons)
- Syndrome des ovaire polykystique

8/ Donnez les causes d'aménorrhée secondaire d'origine haute. +

AMENORRHEE HYPOPHYSAIRE

- Hyperprolactinémie
- Syndrome de Sheehan
- Hypophysite auto immune
- Tumeur de l'hypophyse

AMENORRHEE HYPOTHALAMIQUE

- Aménorrhées post pilule
- Aménorrhée des athlètes de haut niveau
- Causes psychogènes
- Aménorrhée de l'anorexie mentale

9/ Donnez le profil hormonal d'un « Stein Leventhal ».

- LH ↗
- FSH = ou ↘
- Testostérone ↗
- Androstènedione ↗
- LH/FSH > 2
- Progestérone nulle
- Hyper œstrogénie relative
- Réponse explosive de la LH au test LH-RH
- Hyperpulsatilité de la LH
- Courbe thermique plate par anovulation

***N. B.** : Traitement par Anrocur, ou clomifène si désir de grossesse, et perte de poids dans tous les cas +++D2*

Clinique : Aménorrhée/ /obésité/hirsutisme/ gros ovaires lisses indolores

10/ Quels sont les examens complémentaires 1ère intention devant OPK1 (après Q6) ++ D

- Courbe de température
- Test LHRH
- Dosage des androgènes (testostérone, delta 4-epiandrostendione)
- echographie pelvienne
- +- Cortisol (si doute avec pathologie surrénalienne)

11/ Quelles étiologies évoquer devant une A. Primaire avec une courbe bi-phasique FSH LH normale ?

Les causes utérines et cervicales

12/ Quelles étiologies évoquer devant une A. Primaire avec une courbe monophasique, FSH LH augmentée ?

Les causes ovariennes

13/ Quelles étiologies évoquer devant une A. Primaire avec une courbe monophasique, FSH LH diminuée ?

Les causes hypophysaires et hypothalamiques

14/ Quelles étiologies évoquer devant une A. Primaire avec une courbe monophasique, FSH normale et LH augmentée ?

Un syndrome des ovaire polykystique

(HP321)-PROLAPSUS GENITAUX

1/ Qu'est-ce qu'un prolapsus génital ? Quels sont ses différents stades ?

2/ Détailler votre interrogatoire d'une patiente présentant un prolapsus génital.

3/ Détailler votre examen clinique.

4/ Quelles sont les principales circonstances de découverte d'un prolapsus ?

5/ Quelles sont les associations les plus fréquentes de prolapsus ?

6/ Qu'est-ce qu'un élytrocèle ?

7/ Quelles sont les structures maintenant normalement les viscères pelviens ?

8/ Comment peut se constituer un prolapsus génital ?

9/ Qu'est-ce que la manœuvre de Bonney ?

10/ Qu'est-ce que la manœuvre de Bethoux ?

11/ Quel est votre bilan paraclinique d'un prolapsus ?

12/ Quelle valeur de débimétrie impose un recours chirurgical ?

13/ Quelles sont les deux causes physiopathologiques d'incontinence urinaire d'effort chez la femme ?

14/ Citer deux examens complémentaires systématiques en cas d'incontinence urinaire d'effort.

15/ Quels sont les moyens de prévention d'un prolapsus génital ?

16/ Qu'impose un ATCD de « périnée complet » ?

17/ Donner les grands principes de rééducation périnéale.

18/ Quel est le traitement curatif d'un prolapsus génital ?

1/ Qu'est-ce qu'un prolapsus génital ? Quels sont ses différents stades ?

- Issue anormale des viscères pelviens par l'orifice vulvo-vaginal
- 3 stades :
  - I : viscères ne dépassent pas la vulve
  - II : viscères à la hauteur de la vulve
  - III : prolapsus dépassant la vulve

2/ Détailler votre interrogatoire d'une patiente présentant un prolapsus génital

- Age de la patiente
- Circonstances de découverte
- Facteurs de risque :
  - Risques :
    - ATCD obstétricaux
    - multiparité/gros bébés/accouchements longs/ recours au Forceps/épisiotomies
    - ménopause
    - ATCD de chirurgie pelvienne
    - obésité
    - profession : port de charges lourdes
- Apprécier le retentissement : incontinence urinaire. +++

  Pour apprécier le handicap social, sexuel et psychologique

3/ Détailler votre examen clinique

- Interrogatoire (Cf.)
- Examen minutieux de la patiente : debout, couchée, en position gynécologique
- Etude au repos et à l'effort : effort de toux
- Examen au spéculum : diagnostic, stade, manœuvre de la valve ante. et post.
- Apprécier le type de prolapsus et son association éventuelle
- Colpocèle, urétérocèle, cystocèle, rectocèle,

- Toucher vaginal
- Toucher rectal
- Recherche d'une incontinence urinaire : manœuvres de Bonney et de Bethoux
- Test des releveurs :
  - cuisse en adduction
  - manœuvre de Dellet
- Recherche d'une fistule

4/ Quelles sont les principales circonstances de découverte d'un prolapsus ?

- Douleur pelvienne
- Saillie de viscères gynécologiques
- Incontinence urinaire d'effort (45 % des cas)
- Dyspareunie
- Métrorragies

5/ Quelles sont les associations les plus fréquentes de prolapsus ?

- Colpocèle antérieur + colpocèle postérieur + hystérocèle.
- Colpocèle antérieur + colpocèle postérieur ++
- Colpocèle antérieur isolé +

6/ Qu'est-ce qu'un élytrocèle ?

- Prolapsus du cul de sac de Douglas

7/ Quelles sont les structures maintenant normalement les viscères pelviens ?

- Diaphragme pelvien et périmé
- Structures conjonctives pelviennes

8/ Comment peut se constituer un prolapsus génital ?

- Augmentation des contraintes exercées sur les structures de maintien du périmé
  - augmentation du poids (obésité/grossesses)
  - augmentation des pressions abdominales (effort à glotte fermée)
- Modification des structures de maintien :
  - grossesses : gros bébés, grossesses multiples, manœuvres externes
  - accouchement
  - ménopause
  - chirurgie pelvienne
  - amaigrissement rapide

9/ Qu'est-ce que la manœuvre de Bonney ?

- Manœuvre clinique cherchant une relation entre prolapsus génital et incontinence urinaire d'effort

  → permet de poser le diagnostic d'incontinence urinaire d'effort
- Femme sur table gynécologique, vessie pleine
- Toucher vaginal bidigital, deux doigts de part et d'autre de l'urètre remontent les culs de sac antérieurs dans la cavité abdominale, sous la symphyse pubienne
- L'épreuve est positive si elle stoppe l'incontinence urinaire

En pratique on demande à la patiente de tousser

10/ Qu'est-ce que la manœuvre de Bethoux ?

- Equivalent de la manœuvre de Bonney
- Refoulement du col utérin par un champ courbe en appui sur la fourchette vulvaire

11/ Quel est votre bilan paraclinique d'un prolapsus ?

- Frottis cervicaux systématiques
- ECBU
- UIV
- Colopscystogramme
- Examen urodynamique :
  - cystomanométrie
  - urètromanométrie en profil urétral
  - EMG du sphincter strié
  - sphinctérométrie dynamique
  - débimétrie
- Echographie pelvienne

12/ Quelle valeur de débimétrie impose un recours chirurgical ?

- Débimétrie < 5 ml/sec : indication chirurgicale
- Pathologique si < 10 ml/sec
- Normale : 10 à 40 ml/sec

13/ Quelles sont les deux causes physiopathologiques d'incontinence urinaire d'effort chez la femme

- Défaillance pelvipérinéale
- Insuffisance sphinctérienne dégénérative

14/ Citer deux examens complémentaires systématiques en cas d'incontinence urinaire d'effort

- Frottis cervicaux
- ECBU

15/ Quels sont les moyens de prévention d'un prolapsus génital ?

- Limiter les facteurs de risque
- Eliminer les accouchements dystociques
  - suivi médical
  - biométrie et césarienne si nécessaire
  - sondage urinaire avant la première poussée
  - épisiotomie de sécurité large et précoce
- Rééducation

16/ Qu'impose un ATCD de « périnée complet » ?

- Episiotomie systématique lors du prochain accouchement

17/ Donner les grands principes de rééducation périnéale

- Pas avant 6 semaines
- 2 séances par semaine durant 3 semaines puis 1 séance par semaine
- Travail à vessie vide puis à vessie pleine
- Renforcer la contraction périnéale
- Verrouillage à l'effort
- Exercice debout
- A domicile : contraction périnéale/stop pipi/intégration de la contraction périnéale lors du port de charges

18/ Quel est le traitement curatif d'un prolapsus génital ?

- Chirurgie
  - Discutée au cas par cas selon le handicap et le retentissement après 2 mois de rééducation
- Voie basse amputation du col ou hystérectomie
- Voie haute hystéropexie postérieure suivie d'une rééducation